Nr 48 27 listopada 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

„NOWINOM LEKARSKIM"

Z OKAZJI ICH PIĘĆDZIESIĘCIOLECIA NUMER TEN POŚWIĘCAMY

REDAKCJA POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ

W roku 1888 zebrała się garstka optymistów spośród lekarzy poznańskich z dr Zielewiczem na czele, by założyć polskie czasopismo lekarskie. Gdy dzisiaj przegląda się 50 roczników „Nowin Lekarskich", to już po grubości tomów widać różne dzieje Nowin wśród burzliwego okresu historycznego, poprzez który lekarze poznańscy nieśli, a często z trudem dźwigali sztandar nauki polskiej. Walka o byt jedynego czasopisma lekarskiego polskiego w kleszczach 30-letniego pruskiego ucisku mogła udać się jedynie dzięki niespożytej energii i płomiennemu patriotyzmowi zarówno redaktorów, jak i współpracowników Nowin Lekarskich. Toteż wśród autorów artykułów pisanych do Nowin spotykamy nazwiska wybitnych lekarzy tego okresu ze wszystkich zaborów, a nie tylko ludzi mieszkających na ziemiach dawnego Królestwa, bo również i ci lekarze Polacy, rozprószeni w głębokiej Rosji, na Sybirze, Kaukazie, czy też na Bałkanie, wszyscy oni złożyli swój dorobek w Nowinach Lekarskich jako dokumencie polskiej kultury.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk pragnie tym wszystkim założycielom, redaktorom i współpracownikom Nowin Lekarskich złożyć należny hołd przez uroczysty obchód 50-lecia Nowin. Obchód ten będzie jubileuszem podwójnym, gdyż na listopad br. przypada również 20-lecie pamiętnego posiedzenia Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. z listopada 1918 r., który był zaczątkiem organizacji sanitarnej zachodniej Polski.

Redakcja P. G. L. przyłącza się myślą i uczuciem do tej uroczystości i życzy wielce zasłużonym i cennym Nowinom Lekarskim dalszych jak najdłuższych lat powodzenia i pracy dla dobra nauki polskiej.

PRACE ORYGINALNE

J. KOSTRZEWSKI Kraków

W sprawie szerzenia się duru brzusznego

Z Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Nie po raz pierwszy zabieram głos w przedmiocie podanym w nagłówku! Jak dawniej, tak i dzisiaj znowu po to, aby podnieść, że oparty na znajomości zarazków pogląd na sprawę powstawania i szerzenia się duru brzusznego, nie jest wcale odzwierciedleniem rzeczywistości (1, 2, 3, 4, 5).

W tym powszechnie panującym zdaniu o istocie duru brzusznego, naczelne miejsce zajmują pałeczki durowe. W nich widzimy przyczynę choroby. Nad nimi się zastanawiamy, jak się dostają do ustroju. One w końcu stanowią ośrodek rozumowania w naszych poczynaniach przy tłumieniu duru brzusznego.

Ilekroć bieg wydarzeń przeczy temu, by do zakażenia mogło było dojść za pośrednictwem pokarmów lub wody, bo ani z wodą, ani z pokarmami nie zetknął się, czy to chory na dur brzuszny, czy nosiciel zarazków, wtedy o rozsiewanie pałeczek durowych pomawia się muchy (Curschmann (6), Niemyski (7)), lub utrzymuje się, że zarazki przenoszą prądy powietrzne (Curschmann (6), Henrot, podaję za Niemyskim (7)), to posądza się znowu, że psy rozsiewają pałeczki durowe (Krogh według Staehelina (8)). Ale najbardziej wygodnym sposobem tłumaczenia, jak się szerzy dur brzuszny, jest przyjmowanie zakażenia na skutek styczności. Zawsze się przecież może ten, czy ów, w takich czy innych, dla nas nieuchwytnych okolicznościach, zetknąć z nosicielem zarazków, lub z przedmiotem zanieczyszczonym pałeczkami durowymi. Ale na to, że w danym razie tak, a nie inaczej, doszło do zakażenia, mało kto rzeczowych dowodów dostarcza, nawet nie stara się dostarczyć. Mało kto także brak dowodów odczuwa. Toteż snucie domysłów, co do sposobu szerzenia się duru brzusznego, niepopartych odpowiednimi dowodami, jest rzeczą przyjętą, a nawet zrozumiałą.

W jakiś sposób, jeśli nie w ten to w inny, zwykło się twierdzić, zarazki musiały wtargnąć do ustroju, skoro przyszło do objawów duru brzusznego, bo bez uprzedniego nabycia pałeczek durowych z otoczenia nie ma mowy o wystąpieniu tego cierpienia. Taka jest myśl przewodnia, na znajomości zarazków opartego poglądu w sprawie powstawania i występowania duru brzusznego, i takie są domysły — rozumowania przywiązane do niego.

Ale dla każdego, który się nie przejął urobionymi w pracowni bakteriologicznej pewnikami, lub który się spod ich wpływu uwolnił — piszący w tej chwili myśli o sobie — jest jasnym i wyraźnym, że w dochodzeniu źródła zakażenia i sposobu szerzenia się choroby, zawsze i wszelkie tłumaczenia dobiera się, układa i wiąże ze sobą *tylko w imię znaczenia, jakie bakteriologia przyznała zarazkom w powstawaniu duru brzusznego, a natomiast się wcale i nigdy o tym nie myśli, ani nad tym zastanawia, czy rzeczywistość odpowiada biegowi wypadków przewidzianemu w pracowni bakteriologicznej?!* Toteż w tym, co teraz powiem, nie ma żadnej przesady: każdy domysł dotyczący szerzenia się duru brzusznego, jeżeli tylko liczy się z pałeczkami durowymi tak, jak nakazują zasady bakteriologii będzie rozpatrywany, omawiany i uwzględniany.

Od rozważań przechodzę do wydarzeń. Znajduje się wśród nich niejedno takie, które obrazuje słuszność powyższych narzekań na przyjęte wnioskowania dotyczące zarazków duru brzusznego.

W zajmujących nas wydarzeniach chodzi z jednej strony o zarazy duru brzusznego w kilku mniejszych środowiskach, z drugiej zaś o występowanie duru brzusznego w 5 największych miastach Polski. W pierwszym przypadku — mamy przed sobą zjawiska przejściowe, mniej lub więcej szybko zjawiające się i znikające, w następnym natomiast — stan rzeczy trwały, bo ciągnący się kilkanaście lat.

Zacznę od wydarzeń przejściowych. Przy omawianiu ich ograniczę się do rzeczy zasadniczych, w szczegóły wdawał się nie będę, bo one są każdemu dostępne, w przytoczonym piśmiennictwie.

1) W r. 1932 w obrębie kolonii sezonowej na „Górce" wybuchła zaraza duru brzusznego. Z opisu, który podaje Kassur (9), dowiadujemy się: spośród 490 dzieci zachorowało 128, a spośród 55 osób dorosłych, pracujących w Zakładzie, cztery. Dane te zawdzięczam dyr. dr Starkiewiczowi. Z obliczenia wynika, że odsetek zachorowań wśród dzieci wynosi 26.1, wśród dorosłych 7.3. Kassur rozważając, w jaki sposób przyszło do wybuchu zarazy, używa słów: „najprawdopodobniej", „mogło nastąpić", „jest więcej niż prawdopodobne". Wolno się domyślać, że świadek zarazy dlatego tak się wyraża, ponieważ nie znalazł dowodów na słuszność swego domysłu. Zarazę uznał za następstwo zanieczyszczenia potraw, wydawanych w kuchni zakładu!

2) Rozenówna i Rundszteinowa (10), zdają sprawę z zachorowań na dur brzuszny w Domu Sierót w Łodzi: Z ogólnej ilości 86 wychowanków zachorowało 42, co wynosi 48,7%, a spośród 10 osób dorosłych, zajętych przy dzieciach, zachorowała tylko jedna, tzn. 10%. Rozenówna i Rundszteinowa podają następującą tablicę:

Wiek	do lat 7	od 7—14 lat	powyżej 14 lat
Ogólna liczba dzieci w Zakładzie	10	57	19
Liczba chorych dzieci	6	28	8
Zachorowalność w odsetkach	60%	53,3%	42,1%

Z tablicy widać, że im dzieci były starsze, tym mniej spośród nich chorowało. Zarazę miała spowodować woda, używana w Zakładzie. W sprawie różnicy, jaka zachodzi między odsetkiem chorujących dzieci, a dorosłych, R. R. nawiązując do wywodów piszącego i Bileka (4) ogłoszonych swego czasu, orzekają jak następuje: „Bardzo być może, że zjawisko to w naszej endemii daje się wytłumaczyć faktem dość banalnym, że dzieci wbrew przepisom często piły nieprzegotowaną wodę wprost ze studni, czego, oczywista, nie robił nikt ze starszych osób personalu". Zadaję pytanie: czy w swym wniosku R. i R. uwzględniły treść tablicy, którą za nimi powtarzam, czy też ją pominęły?

3) Roelke (11) omawia, jak w pewnej wiosce dostało nagle duru brzusznego 24 dzieci, zdaniem jego, po spożyciu lodów. Roelke wyraźnie podnosi, że aczkolwiek takie same zachodziły warunki zakażenia dla dorosłych, jak dla dzieci, to jednak spośród dorosłych nikt nie zachorował. Dziwi się temu Roelke, ale mu na myśl nie przychodzi, by zaraza, którą opisuje, mogła być przykładem na to, że choroba się szerzy właśnie nie w ten sposób, o jakim jest przekonany. Roelke — objaśniam — ani na chwilę nie wątpi w doskonałość bakteriologicznego poglądu na sprawę duru brzusznego.

4) W r. 1934 znowu w Sanatorium na „Górce" przyszło do wypadków duru brzusznego. Tym razem w odróżnieniu do tego, co zaszło w 1932 r. chorowało 8 osób dorosłych zajętych w Zakładzie, a ani jedno spośród 200 dzieci tamże przebywających. Sałamańczuk (12), który o tym pisze, ogranicza się do podania stanu rzeczy bez jakichkolwiek uwag.

5) W r. 1935 zachorowało na dur brzuszny w obrębie Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie 24 osób (4). Spośród tych durowych jedna to nieletnia ozdrowienica po płonicy, poza tym wszystko osoby dorosłe i bez wyjątku tylko pracownicy Szpitala, zajęci w różnych jego częściach. Było więc dotkniętych durem brzusznym spośród 1300 chorych, których Szpital przeciętnie mieści codziennie: ta nieletnia ozdrowienica po płonicy, — a na kilkuset pracowników: 23 spośród nich. Na naradach dwukrotnie zwoływanych w celu wyświetlenia zła, od którego Szpital dużo wycierpiał, sprawy wyjaśnić nie zdołano.

Przyglądając się opisanym zarazom, stwierdzamy, że jedne z nich — są odwrotnością drugich. Bo w pierwszych trzech chorują prawie wyłącznie lub wyłącznie dzieci, w dwóch zaś ostatnich, poza jednym wyjątkiem, tylko dorośli, a przy tym w Szpitalu św. Łazarza tylko jego pracownicy. Dur brzuszny więc w każdym z tych środowisk szerzy się nie bezładnie, ale wybiera sobie pewne zespoły osób. Ale dlaczego? skoro, ze stanowiska bakteriologii jednakie były warunki zachorowania, tak dla dzieci, jak dorosłych, i na odwrót? Widocznie dlatego — brzmiała odpowiedź zwolennika bakteriologicznego poglądu na sprawę duru brzusznego — ponieważ raz dzieci, to znowu dorośli byli mniej odporni na zakażenie. No tak — zauważyłem — ale zajmując takie stanowisko naruszamy myśl przewodnią tego, na znajomości zarazków opartego, pojmowania duru brzusznego, bo w miejsce zarazków, ośrodkiem rozumowania staje się ustrój, zgodnie z tym, że od własności ustroju, a nie od wtargnięcia zarazków, zależą losy danego osobnika.

Z kolei przechodzę do wydarzeń, odbywających się w pięciu największych miastach Polski. Bieg wydarzeń obrazuje następująca tablica (5). Przypominam, że liczby na rzędnej oznaczają ilu chorych przypada na 10.000 mieszkańców. Innych objaśnień nie będę powtarzał.

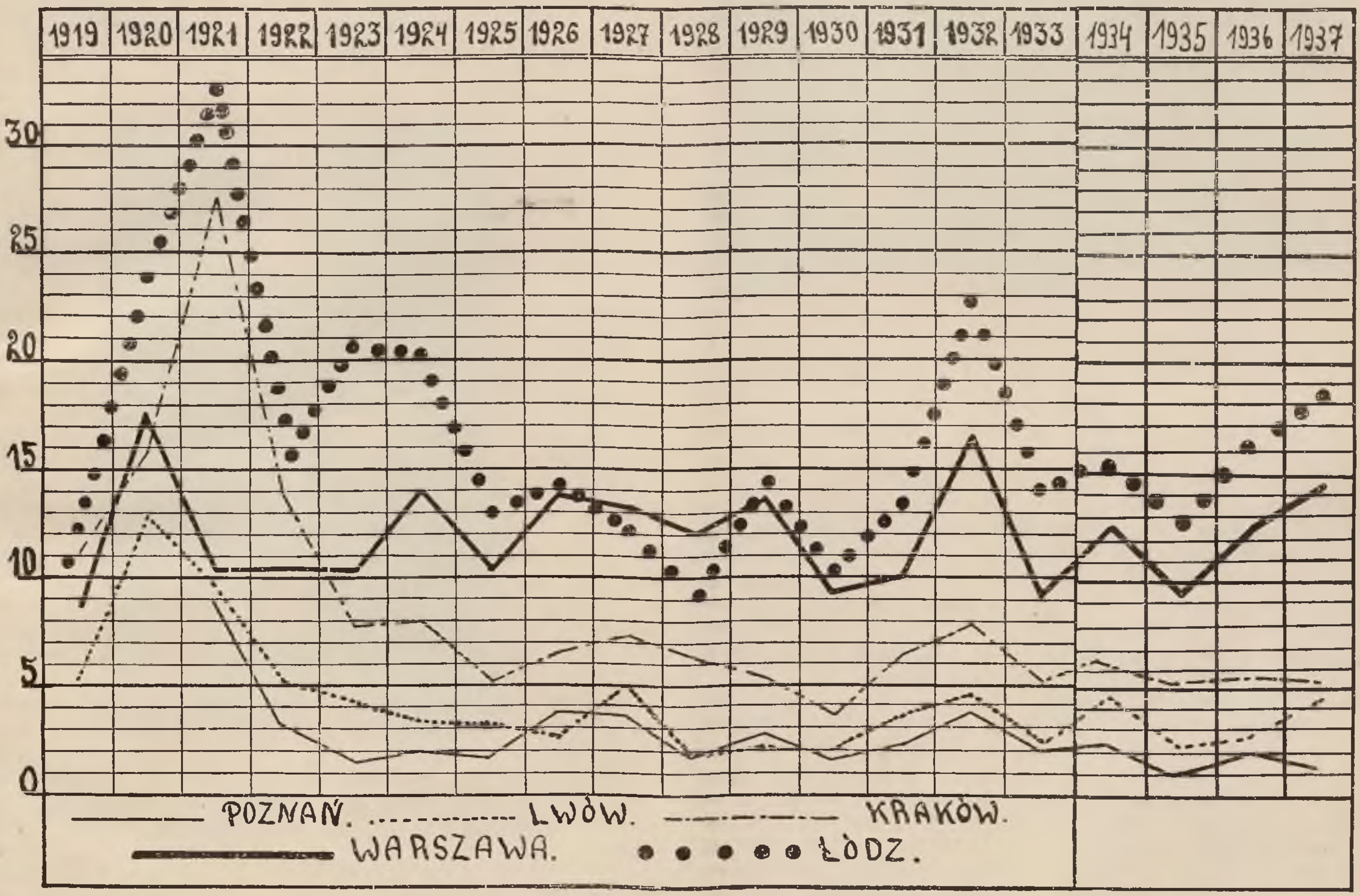
Zachowanie się wykresów dowodzi, że każdemu z omawianych miast właściwa jest inna zapadalność. Aczkolwiek zapadalność raz się wznosi, raz opada, to jednak, ogólnie biorąc, jest wielkością stałą. Takie uporządkowane występowanie duru brzu-

snego, rozpatrywane z bakteriologicznego sposobu pojmowania sprawy, musi i dziwić i zastanawiać! W myśl bakteriologicznego poglądu, szerzenie się duru brzusznego jest rzeczą przypadku. Od przypadkowego dostania się zarazków z otoczenia do ustroju zależą i jednostkowe i tłumne zachorowania. Tymczasem w tych wydarzeniach, które się ciągną kilkanaście lat w pięciu miastach, nie widać żadnej przypadkowości. Przeciwnie, zachorowania na dur brzuszny w każdym z omawianych miast, z roku na rok powtarzają się, jakby według jakiegoś wzoru, czy jakiegoś prawidła.

W sprawie tego uporządkowanego występowania zachorzeń, dowiedziałem się od zwolennika bakteriologicznego pojmowania istoty duru brzusznego, co następuje: Im lepsze warunki sanitarne, tym mniejsza ilość zarazków w danym mieście i odwrotnie. Odpowiednio zaś do obfitości zarazków w danym środowisku, mamy do czynienia z mniejszą lub większą zapadalnością.

minąć. Natomiast po raz drugi wskażę na wykresy umieszczone w tablicy. Ich zachowanie się bardzo ujemnie świadczy o skuteczności obowiązujących i stosowanych przepisów dla zwalczania duru brzusznego.

Inaczej, niż dzisiaj, broniono się przed durem brzusznym w początkach drugiej połowy XIX wieku. Wtedy nie tropiono zarazków i nie myślano o ich wyniszczeniu. Pałeczek durowych przecież jeszcze nie znano. Natomiast całą uwagę, zgodnie z ówczesnym pojmowaniem przyrody duru brzusznego, zwracano na oczyszczanie z odchodów człowieka gleby danego środowiska. W tej myśli kanalizowano miasta. Działo się to około roku 1870. A wynik tego postępowania? W całym szeregu miast, w kilka lat po zaprowadzeniu kanalizacji, zapadalność na dur brzuszny w uderzającym stopniu zmalała. Utrzymujący się od tego czasu w tych miastach spadek zachorowalności na dur brzuszny jest rzeczą ogólnie znaną. Ale jak opiewało założenie, które



Wtedy przypomniałem memu rozmówcy, że przed chwilą tłumacząc występowanie duru brzusznego wśród pewnych zespołów osób, położył nacisk na własności ustroju, a teraz, przeciwnie o uporządkowane zachorowania pomawia zarazki. Na to usłyszałem: skoro stan rzeczy panujący w miastach można tłumaczyć, zgodnie z myślą przewodnią bakteriologicznego poglądu na dur brzuszny, dlaczego dla tych zespołowych zachorzeń, o których się tak niewiele wie, odstępować od ogólnie przyjętego zapatrywania?

Otóż właśnie dlatego, ponieważ tak się niewiele wie o zespołowym szerzeniu i tak się mało mówi o uporządkowanym występowaniu duru brzusznego, poruszam powyższe wydarzenia. Pierwsze świadczą o niedoskonałości bakteriologicznego pojmowania sprawy duru brzusznego. Drugie dowodzą nieskuteczności dzisiejszych zabiegów, dotyczących tłumienia duru brzusznego. Skoro zaś te zabiegi nie są niczym innym, jak tylko wprowadzaniem w czyn nauki bakteriologii, tym samym wyniki ich świadczą o bakteriologicznym poglądzie na dur brzuszny tak samo niekorzystnie, jak tego dowodzą wydarzenia nastręczane przez życie.

A zatem spór o pogląd na istotę duru brzusznego, to spór o wybór środków do zwalczania omawianego cierpienia. Wiadomo, że ośrodkiem rozumowania w dzisiejszych poczynaniach tłumienia duru brzusznego są jego zarazki. Na czym te poczynania polegają, jest rzeczą aż nazbyt dobrze znaną, by o tym wspo-

głosiło konieczność utrzymania gleby w czystości, o tym dzisiaj już mało kto wie i mało kto nad tym się zastanawia (8, 13)!

Była mowa powyżej, że pojmowanie przyrody duru brzusznego i jego zwalczanie stanowią jedno i to samo zagadnienie. Otóż jeśli porównamy skutki jakie odnosi kanalizowanie miast, zapoczątkowane, jak wiadomo, jeszcze przed odkryciem *b. typhi*, z wynikami, jakie daje sposób zwalczania duru brzusznego, oparty na znajomości zarazków (patrz wykresy), dochodzimy do wniosku, że nie ten, obecnie ogólnym uznaniem cieszący się, ale przeciwnie, ten niby niewłaściwy i dlatego zarzucony pogląd na sprawę duru brzusznego, dowodzi poczucia rzeczywistości.

Czy wobec tego nie należało by wrócić do dawnych pojęć o durze brzusznym, unowocześnionych zdobyczami bakteriologii w sposób, jaki podaje Szontagh (14), Wolter (15, 16)?

Piśmiennictwo

1—5) Kostrzewski: P. G. L. Nr 29—30, 1930; P. G. L. Nr 27, 1933; P. G. L. Nr 22, 1934; P. G. L. Nr 31, 1936; P. G. L. Nr 26, 1938. — 6) Curschmann: Der Unterleibstyphus. Wien-Leipzig, 1913. — 7) Niemyski: Dur brzuszny w Karwacki i Malinowski: Choroby zakaźne. Warszawa, 1937. — 8) Staehelin: Die typhösen Krankheiten w Bergmann, Staehelin, Salle: Handbuch der inneren Medizin, I. Berlin, 1934. — 9) Kassur: Med. Dośw. Społ. Z. 5—6, 1934. — 10) Rozenówna i Rundszteinowa: W. Cz. L. Nr 23—24,

1937. — 11) Roelke: Z. f. Hyg. 119, 1937. — 12) Sałamańczuk: Zdrowie Publiczne. Nr 8, 1935. — 13) Biegański: Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Warszawa, 1900. — 14) Szontagh: Ueber Disposition. Berlin, 1918. — 15) Wolter w Hahn-Reichenbach: Die Typhusepidemie in Hannower 1926. Berlin, 1928. — 16) Wolter: Der Abdominaltyphus in Prag. München, 1929.

Dr Kazimierz JABŁOŃSKI St. Asyst. Kliniki Lwów

O wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu oraz jej zapobieganiu i leczeniu za pomocą środków farmakologicznych

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr K. Bocheński
i z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr W. Koskowski

Wewnątrzmaciczna zamartwica płodu w przebiegu porodu jest dla położnika powikłaniem bardzo niemiłym, które częstokroć zmusza go do wkraczania operacyjnego w przypadkach, mających wszelkie dane, że przebieg będzie nieskomplikowany, samoistny. Każdy zaś prawie, zależnie od przyczyny zamartwicy oraz warunków, wykonany zabieg operacyjny kryje w sobie mniejsze lub większe niebezpieczeństwo, tak dla matki, jak i dla dziecka. Toteż niejednokrotnie prawdziwy dylemat stanowi decyzja, w której pogodzić trzeba równocześnie interes matki i dziecka. Pierwszy każe możliwie oszczędzić jej ryzyka operacji, drugi z jednej strony przynagla do pośpiechu, bo czasem minuty stanowią o tym, czy zabieg przynosi ratunek, czy też przychodzi za późno, z drugiej ostrzega przed zabiegiem, który sam w sobie niemałe kryje dla dziecka niebezpieczeństwo. Dlatego to możność zapobiegania i leczenia tego ważnego powikłania zachowawczo, środkami farmakologicznymi, bez uciekania się do zabiegu operacyjnego, posiada ogromną wartość.

Spomiędzy różnych przyczynowo postaci wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu, ze względu na możliwość leczenia zachowawczego, zajmują nas przede wszystkim dwie najważniejsze i najliczniejsze grupy: powstałe na tle zaburzeń w krążeniu łożyskowym, spowodowanych zbyt silną czynnością skurczową, nadmiernym napięciem, czy obkurczeniem się macicy, oraz zaburzeń w krążeniu płodowym na tle nieprawidłowości dotyczących pępowiny (okręcenie, zawęźlenie, ucisk, zbytnia krótkość), czy też działania nadmiernego ucisku na płód w całości lub tylko na główkę, albo jamę brzuszną. Obie te ważne grupy przyczyn występują samoistnie na ogół rzadko, przeważnie następowo w wyniku stosowania środków wzmagających czynność skurczową macicy, zwłaszcza w latach ostatnich, odkąd tak szeroko, a często nieopatrznie, szafuje się wyciągami z tylnego płata przysadki mózgowej. W tym leży przyczyna gwałtownego wzrostu liczby porodów operacyjnych oraz płodów urodzonych nieżywo lub w ciężkiej zamartwicy. Jednak, mimo tych niebezpiecznych możliwości, preparaty tylnego płata przysadki mózgowej stanowią w położnictwie niezaprzeczony i ogromny postęp. Dlatego też zaczęto usilnie szukać środka, który by zapobiegał powstawaniu tych niepożądanych powikłań, albo je usuwał. Początkowo, zdawało się, znaleziono go w narkozie. Miała ona jednak, zwłaszcza chloroformowa, prócz niewątpliwych zalet, dość ograniczony zakres stosowania i wiele właściwości ujemnych, a nawet wręcz niebezpiecznych. W dalszych więc poszukiwaniach zwrócono się do środków nasercowych i analeptycznych. I tak stosowano kofeinę (Vogt), preparaty digitalisowe (Boose, Daneff, Hofbauer, Zangemeister), hexeton (Poeck, Schwartz), strofantynę (Spier), wreszcie koraminę i kardiazol (Abel, Bachner, Fecht, Moudry, Nevinny, Krauss, Ostrcil, Poeck, Stanke i inni). W razie grożącej zamartwicy płodu starano się wpłynąć na poprawę stanu dziecka pośrednio, przez podawanie pozajelitowe wymienionych środków matce lub też, jak ostatnio, wprost wstrzykując je do części przodującej płodu, więc główki lub pośladków (Poeck, Moudry, Ostrcil, Nevinny, Rodecurt), albo do rączki, nóżki a nawet pępowiny (Krauss), wreszcie wprost przez powłoki brzuszne do płodu, pozostającego w macicy (Schwarz). Dwa ostatnie z wymienionych środków, *Coramina* i *Cardiazol*, stosowane zapobiegawczo i leczniczo na szeroką skalę, dały wyniki kliniczne bardzo dobre, obniżając znacznie tak liczbę zabiegów operacyjnych jak i nieżywo lub w zamartwicy urodzonych płodów. Dzięki tym właśnie wynikom oba te środki znalazły trwałe miejsce w lecznictwie położniczym, a zgodność wyników korzystnych, uzyskanych w Klinice Lwowskiej, z podanymi w szerokim piśmiennictwie czyni zbędnym szczegółowe ich omawianie.

O ile jednak sprawa korzystnego działania tych środków na wewnątrzmaciczną zamartwicę płodu jest klinicznie jasną, o tyle tłumaczenie mechanizmu tego działania opiera się jedynie na przypuszczeniach.

Cardiazol i Coramina należą do środków analeptycznych. Farmakodynamicznie są to jady kurczowe, w małych dawkach pobudzające ośrodkowy układ nerwowy, a w dawkach dużych wywołujące napady kurczowe o charakterze padaczkowym. Ogólnie biorąc, w dawkach leczniczych działają one silnie pobudzająco na ośrodek oddechowy i naczynioruchowy; poza tym działają wykrztuśnie (Januschke) oraz pobudzająco lub hamująco na mięśnie gładkie, zależnie od narządu i dawki, wreszcie posiadają silne własności budzące w zatruciach środkami nasennymi oraz narkozie nielotnymi środkami narkotycznymi. We właściwościach szczegółowych między oboma tymi środkami istnieją jednak dość znaczne różnice, które pod pewnymi względami wyższość każą przyznać Coraminie. I tak rozpiętość lecznicza Coraminy jest pięciokrotnie większa niż Cardiazolu (Asher), rozpiętość między dawką czynną Coraminy a dawką wywołującą drgawki i toksyczną jest o wiele większa niż Cardiazolu, Lobeliny czy Hexetonu. Porównawczo biorąc, wywołuje drgawki u królika Hexeton w dawce 5—12 mg/kg, Cardiazol 10—20 mg/kg, Coramina 120—140 mg/kg. Dawka lecznicza Cardiazolu ma się do śmiertelnej (przy podaniu dożylnym) jak 1:10, Coraminy jak 1:20. Na ośrodek oddechowy działa Cardiazol wprawdzie szybciej, ale za to znacznie krócej niż Coramina, której czas działania jest 10 do 20 razy dłuższy (Killian). Działanie pobudzające wywiera Coramina także i na niższe ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu (Sikorski).

Chcąc na podstawie własności farmakodynamicznych wytłumaczyć korzystne działanie tych środków na wewnątrzmaciczną zamartwicę płodu, przyjąć trzeba trzy możliwości:

1) Działanie pobudzające na ośrodek oddechowy matki, zwłaszcza przy jego upośledzeniu przez środki narkotyczne (Killian, Likier, Sikorski), lub niekorzystnym wpływie na oddychanie wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej (Nevinny) — przez zwiększenie tlenności krwi oraz wtórnie dodatni wpływ na krążenie skutkiem wzmożenia ruchów oddechowych.

2) Działanie pobudzające ośrodek naczynioruchowy matki, możliwie i płodu, a przez to przyspieszenie i usprawnienie krążenia oraz wyrównanie rozmieszczenia krwi, dające w efekcie ułatwienie oddychania łożyskowego.

3) Działanie obniżające napięcie ogólne i czynność skurczową mięśnia macicy, tym samym wpływające korzystnie na krążenie łożyskowe i płodowe.

Ostatnia możliwość specjalnie nas zajmowała. Ponieważ jednak ścisła ocena kliniczna tego działania jest niemożliwa zwróciliśmy się do doświadczeń na wyosobnionych narządach zwierzęcych.

Szerokie doświadczenia działania Cardiazolu w tym kierunku przeprowadził Nevinny.

Poniżej przedstawiamy nasze badania na narządach wyosobnionych, dotyczące sposobu działania Coraminy *).

Część doświadczalna

Doświadczenia wykonywaliśmy na wyosobnionym rogu macicy świnki morskiej dziewiczej oraz ciężarnej, a uzyskane wyniki, ilustrują przedstawione wykresy.

Sposób badania: wyosobniony róg macicy świnki morskiej zawieszamy w przyrządzie Magnusa-Kehrera, w naczyńku wypełnionym 100 cm³ płynu Ringera, o ciepłocie 39°, przez które przechodzi stale powietrze, oczyszczone w płuczce, zawierającej 2% dwuwęglanu sodu. Po pewnym czasie róg macicy zaczyna wykonywać regularne, silniejsze lub słabsze samoistne skurcze, które określamy jako normę. Z chwilą ustalenia się skurczów na pewnym poziomie, do płynu Ringera, otaczającego zawieszony róg macicy, dodajemy badane środki. Momenty te na wykresach oznaczają strzałki, opatrzone liczbami.

Wykres pierwszy wykazuje mniej lub więcej regularne samoistne skurcze o średnim natężeniu. Norma. Po dodaniu 0.2 cm³ Coraminy (1) nieznaczny powolny spadek napięcia, skurcze znacznie słabsze, zanikające, po ponownym dodaniu takiej samej ilości Coraminy (2) ustają zupełnie. Wyraźne działanie hamujące na samoistne skurcze rogu macicy.

---

*) Wyrabiana przez Pabianicką Spółkę Przem. Chem.

Na *wykresie drugim* widzimy, że róg macicy, którego ruchy zahamowało podanie Coraminy, dwa razy à 0.2 cm³, po podaniu dużej dawki 0.4 cm³ *Thymuitrin B. „Richter"* (1 cm³ = 10 j. V.) wykonuje bardzo silny skurcz tężcowy, przechodzący stopniowo w rytmiczne skurcze o małej zmiennej amplitudzie, przy utrzymującym się stale bardzo wysokim napięciu.



Wykres I

Wyosobniony róg macicy dziewiczej świnki morskiej, wagi 300 g wykonuje samoistne skurcze o średnim natężeniu

1 — 0.2 cm³ Coraminy dodane do płynu Ringera
2 — 0.2 cm³ Coraminy dodane do płynu Ringera

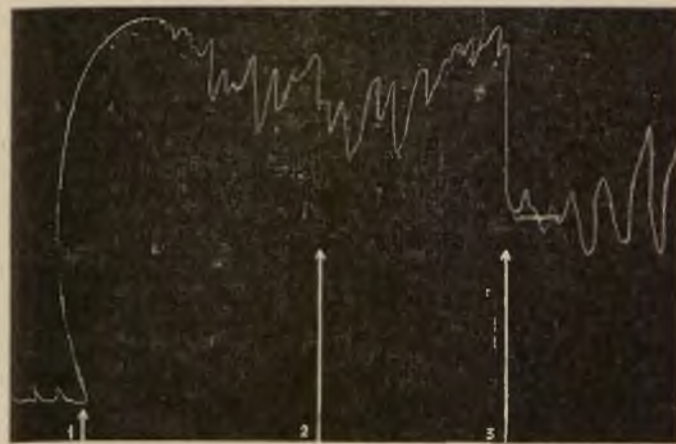


Wykres II

Dalszy ciąg wykresu I. Czynność rogu zahamowana poprzednimi dawkami (0.4 cm³) Coraminy

3 — 0.4 cm³ Thymuitrin B.

Wykres trzeci — po uprzednim podaniu 0.3 cm³ Coraminy, róg macicy wykazuje nieco obniżone, dość słabe, skurcze. Thymuitryna B. (1) w ilości 0.2 cm³ wywołuje silny skurcz tężcowy, a następnie nieregularne, zmienne w natężeniu i amplitudzie skurcze, przy utrzymanym wysokim napięciu ogólnym. Cardiazol (2) 0.5 cm³ wywołuje tylko nieznaczne i krótkotrwałe obniżenie napięcia, po czym następuje znaczny stopniowy wzrost tegoż. Natomiast podana Coramina 0.5 cm³ (3) sprowadza natychmiastowy znaczny spadek napięcia, po czym występują rytmiczne, coraz wydatniejsze skurcze, jednak przy utrzymanym obniżonym napięciu ogólnym.

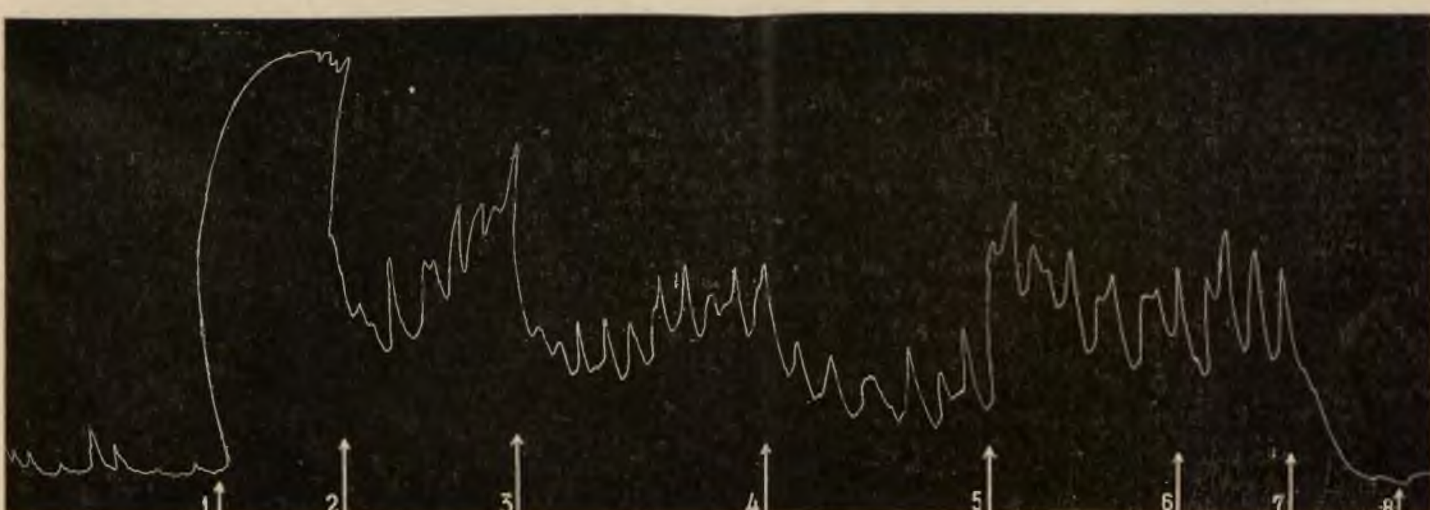


Wykres III

Samoistne dość słabe skurcze po uprzednim podaniu 0.3 cm³ Coraminy

1 — 0.2 cm³ Thymuitrin B. (2 j. V.) dodane do płynu Ringera
2 — 0.5 cm³ Cardiazolu „ „ „ „
3 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „

Wykres czwarty. Samoistne skurcze o miernym nasileniu — norma. Po dodaniu 0.1 cm³ Thymuitrin B. (1) występuje silny skurcz tężcowy, na jego szczycie przy zaznaczających się już poszczególnych drganiach podano 0.5 cm³ Coraminy (2), natychmiastowy bardzo znaczny spadek napięcia oraz dość wydatne skurcze. Z powodu ponownego znacznego wzrostu napięcia podano po raz drugi (3) 0.5 cm³ Coraminy, z takim samym doraźnym skutkiem. Następują dość regularne skurcze przy powolnym wzroście napięcia. Po raz trzeci zastosowana Coramina (4) w ilości 0.4 cm³ powoduje dalsze obniżenie napięcia, chwilowe zmniejszenie amplitudy skurczów oraz wyraźne zwiększenie odstępów między poszczególnymi skurczami. Dla przekonania się, jaki skutek odniesie powtórzenie dawki Thymuitryny, która uprzednio wywołała skurcz tężcowy, podano ją ponownie (5) i okazało się, że tym razem, tj. po uprzednim stosowaniu Coraminy (2, 3, 4)

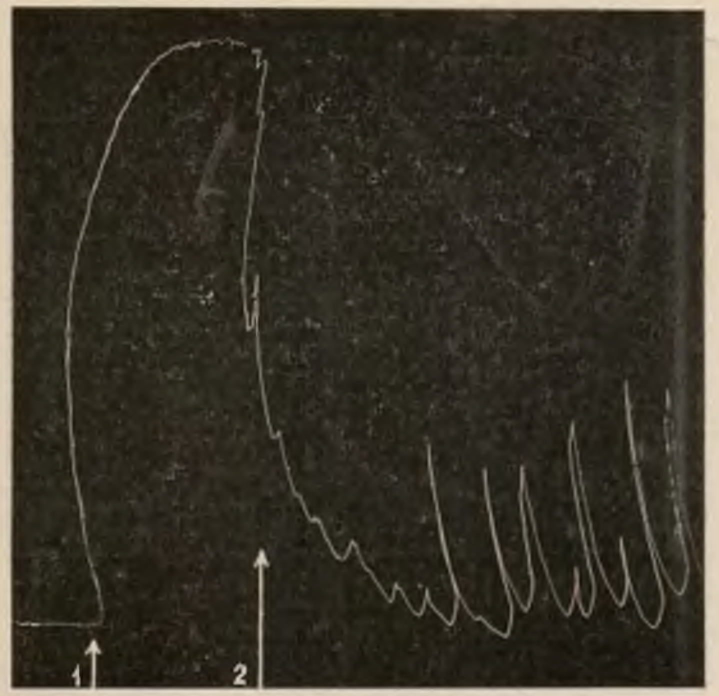


Wykres IV

Samoistne mierne skurcze

1 — 0.1 cm³ Thymuitrin B. dodane do płynu Ringera
2 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
3 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
4 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
5 — 0.1 cm³ Thymuitrin B. dodane do płynu Ringera
6 — 0.01 g Mf + 0.00025 g Atrop. „ „ „ „
7 — 1.0 cm³ Coraminy „ „ „ „
8 — 0.1 cm³ Thymuitrin B. „ „ „ „

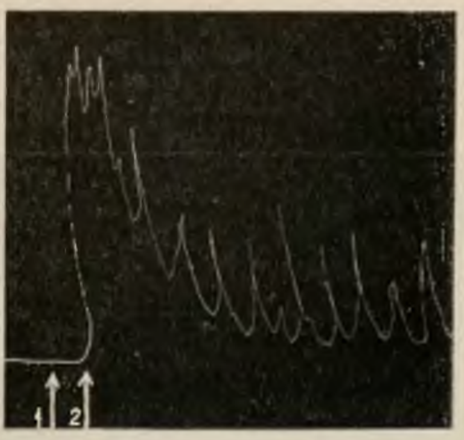
dała ona tylko podwyższenie napięcia i wydatności skurczów bez wywoływania skurczu tężcowego. Chcieliśmy też przekonać się, jaki skutek na silną czynność macicy wywiera morfina. Podana w ilości 0.01 g Mf + 0.00025 g Atrop. pozostała bez wpływu (6), podczas gdy 1.0 cm^3 Coraminy (7) sprowadza bardzo szybki spadek napięcia i zupełne zahamowanie skurczów tak, że podana znów Thymuitryna 0.1 cm^3 (8) nie wywołuje już żadnego efektu.



Wykres V
Brak skurczów samoistnych

1 — 0.02 cm^3 Thymuitrin B. dodane do płynu Ringera
2 — 0.5 cm^3 Coraminy „ „ „ „

Na wykresie piątym widzimy, jak róg macicy pozostający w spokoju, po podaniu 0.02 cm^3 Thymuitrin B. (1) wpada w silny skurcz tężcowy, który podana Coramina 0.5 cm^3 (2) natychmiast znosi, po czym następują wydatne rytmiczne skurcze. Wykres ten świadczy jeszcze wyraźniej, niż poprzedni, o tym, że Coramina powoduje natychmiastowe zwolnienie istniejącego skurczu tężcowego rogu macicy, a w jego miejsce występują regularne, dość silne skurcze, przy obniżonym napięciu ogólnym.



Wykres VI
Ciąg dalszy poprzedniego doświadczenia. Po 3-krotnym przepłukaniu płynem Ringera brak samoistnych skurczów

1 — 0.5 cm^3 Coraminy dodane do płynu Ringera
2 — 0.03 cm^3 Thymuitrin B. „ „ „ „

Bardzo ważnym było stwierdzenie, jak zareaguje róg macicy na Thymuitrynę, po poprzednim podaniu Coraminy. Przedstawia to *wykres szósty*. Thymuitryna w dawce większej 0.03 cm^3 (2) po poprzednim podaniu 0.5 cm^3 Coraminy (1) wywołuje skurcz o wiele słabszy, bez charakteru tężcowego. Na ramieniu wstępującym krzywej zaznaczają się drobne skurcze, po czym przychodzi do stopniowego spadku napięcia wśród utrzymanej czynności skurczowej. Doświadczenie to powtórzyliśmy (wykres VII) z większą jeszcze dawką Thymuitryny (0.04 cm^3) z tym samym wynikiem.

Wykres siódmy wykazuje, jak i poprzedni, że Coramina podana przed Thymuitryną (zależnie od dawki Thymuitryny) może nie dopuścić do skurczu tężcowego lub też znacznie go osłabić, a zwiększyć jedynie nasilenie czynności skurczowej.



Wykres VII
Samoistne skurcze o miernym nasileniu

1 — 0.5 cm^3 Coraminy dodane do płynu Ringera
2 — 0.04 cm^3 Thymuitrin B. „ „ „ „

Dla przekonania się o sposobie reagowania w tych samych doświadczeniach macicy ciężarnej, przeprowadziliśmy je na wyosobnionym wraz z zawartością rogu macicy ciężarnej świnki morskiej.

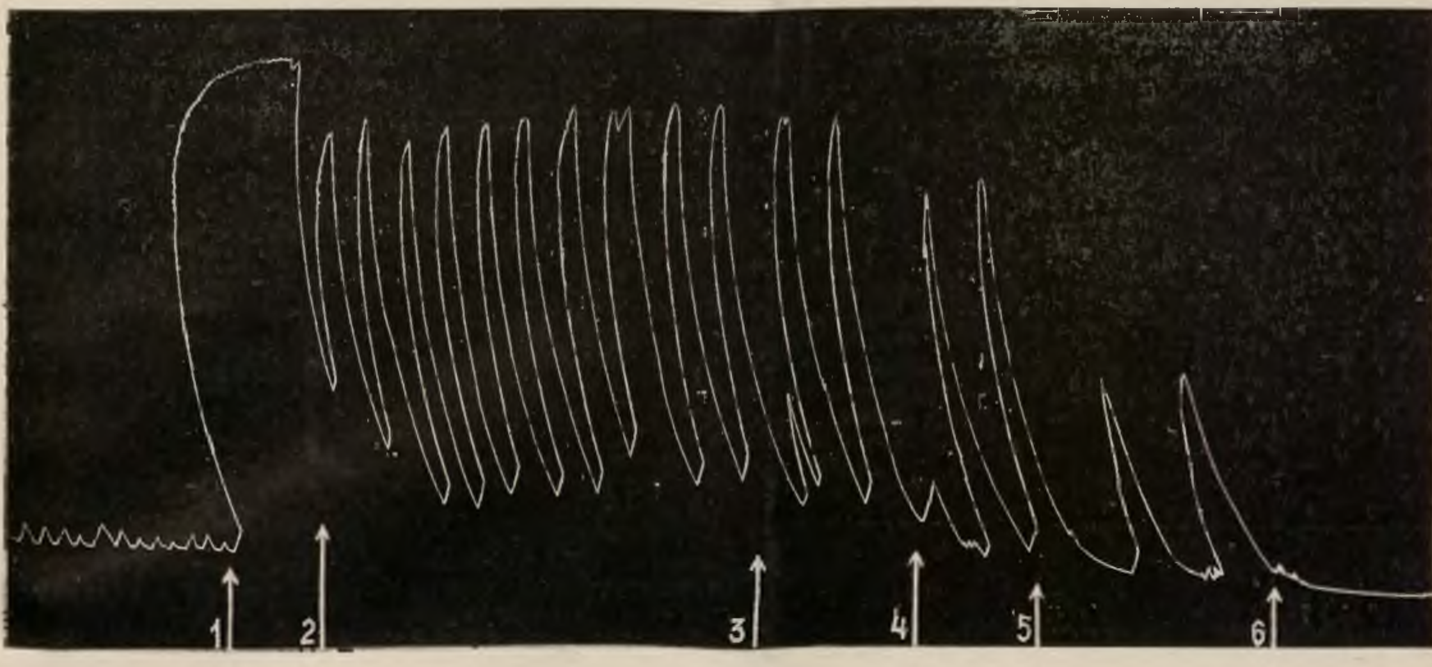


Wykres IX
Norma, dość słabe, regularne skurcze. Róg macicy ciężarnej wraz z zawartością

1 — 0.5 cm^3 Coraminy dodane do płynu Ringera
2 — 0.03 cm^3 Thymuitrin B. „ „ „ „
3 — 0.01 g Mf + 0.00025 g Atrop. „ „ „ „

Róg macicy ciężarnej wraz z zawartością wykazuje dość słabe, regularne skurcze. Po podaniu Thymuitryny (1) występuje skurcz tężcowy, jak w doświadczeniach poprzednich. Podana na szczycie skurczu Coramina (2) przeprowadza go prawie natychmiast w miarową, utrzymującą się stale na jednym poziomie, czynność

skurczową. W odróżnieniu od wyników, uzyskanych na rogu nieciężarnym, skurcze poszczególne posiadają bardzo dużą amplitudę, opadają prawie do poziomu normy, wznoszą się prawie do wysokości osiągniętej na szczycie skurczu tężcowego. Powtarzane następnie jeszcze 3-krotnie dawki Coraminy (3, 4, 5) wywołują dalszy spadek napięcia po jednym skurczu bardzo słabym, nieznaczne zwiększenie przerw między poszczególnymi skurczami w skurcze rytmiczne, charakterystyczne dla rogu ciężarnego, opisane powyżej przy omawianiu wykresu ósmego. Ponowne stosowanie Thymuitryny nie wywołuje tak silnej reakcji jak poprzednio, a jedynie chwilowo skraca odstępy między poszczególnymi skurczami oraz podwyższa napięcie rozkurczowe (3,4), wreszcie po podaniu po raz czwarty (5) przedłuża czas trwania skurczów, które nawet miejscami wykazują jakby zaznaczony na szczycie



Wykres VIII

Róg macicy ciężarnej świnki morskiej (wagi 350 g) wraz z zawartością. Ciąża około 3-tygodniowa. Norma, dość słabe, regularne skurcze

1 — 0.03 cm³ Thymuitrin B. dodane do płynu Ringera
2 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
3 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
4 — 0.5 cm³ Coraminy dodane do płynu Ringera
5 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
6 — 1.0 cm³ Coraminy „ „ „ „



Wykres X

Róg macicy ciężarnej wraz z zawartością. Norma: co kilka słabych skurczów występuje jeden bardzo wysoki

1 — 0.5 cm³ Coraminy dodane do płynu Ringera
2 — 0.03 cm³ Thymuitrin B. „ „ „ „
3 — 0.02 cm³ Thymuitrin B. „ „ „ „
4 — 0.03 cm³ Thymuitrin B. „ „ „ „
5 — 0.05 cm³ Thymuitrin B. dodane do płynu Ringera
6 — 0.5 cm³ Coraminy „ „ „ „
7 — 1.0 cm³ Coraminy „ „ „ „

mi (5), wreszcie 1.0 cm³ Coraminy (6), zastosowany jednorazowo, doprowadza do zupełnego ustania skurczów.

Na *wykresie dziewiątym* stwierdzamy własności Coraminy, stosowanej przed Thymuitryną, hamujące występowanie skurczu tężcowego oraz brak wyraźniejszego wpływu na czynność skurczową rogu macicy zastosowanej morfiny z atropiną.

Na *wykresie dziesiątym* ciężarny róg macicy wraz z zawartością wykonuje skurcze samoistne w nieco odmiennej niż normalnie postaci. Okresowo, co kilka skurczów słabych, występuje jeden bardzo silny. Bezpośrednio po 0.5 cm³ Coraminy (1) zastosowana Thymuitryna 0.03 cm³ (2) wywołuje silny skurcz, który po krótkim okresie tężcowym przechodzi dość nagle charakter tężcowy. Coramina (6), jak zwykle, obniża napięcie ogólne oraz zmniejsza wybitnie (7) amplitudę skurczów oraz ich częstość występowania.

Wnioski

1) Na samoistne ruchy wyosobnionego rogu macicy wywiera Coramina wpływ hamujący, zależnie od dawki, aż do ich zupełnego zniesienia.

2) Zastosowana na szczycie skurczu tężcowego, wywołanego przez podanie Thymuitryny, zwalnia go natychmiast i przeprowadza w wydatną, rytmiczną czynność skurczową, przy czym

zaznaczają się pewne różnice w oddziaływaniu między rogiem macicy ciężarnej a rogiem macicy świnki morskiej dziewiczej.

3) Coramina podana przed Thymuitryną zmniejsza wybitnie nasilenie skurczu tężcowego oraz obniża bardzo znacznie czas jego trwania, niejednokrotnie nie dopuszczając w ogóle do powstawania tegoż.

4) Podana w czasie silnej czynności skurczowej, wywołanej stosowaniem Thymuitryny, powoduje każdorazowo, zależnie od dawki, obniżenie napięcia ogólnego, zmniejszenie amplitudy skurczów i ich częstości aż do zupełnego zahamowania.

5) Chociaż uzyskane przez nas wyniki doświadczalne są tylko wynikami doświadczeń na wyosobnionych narządach zwierzęcych, które nie zawsze w całej rozciągłości dadzą się przenieść na żywy organizm człowieka, to jednak przemawiają one w zupełności na korzyść, opartej na spostrzeżeniach klinicznych, tezy o działaniu zwalniającym Coraminy na nadmierne napięcie i czynność skurczową mięśnia macicy.

Piśmiennictwo

Abel K.: Therap. Gegenw. str. 116, 1933. — Bachner F.: Zbl. Gyn. str. 2071, 1934. — Daneff G.: Zbl. Gyn. str. 3297, 1929. — Fecht K.: Zbl. Gyn. str. 1467, 1931. — Fecht K.: Zbl. Gyn. str. 2205, 1933. — Fecht K.: Zbl. Gyn. str. 1700, 1934. — Fecht K.: Zbl. Gyn. str. 2725, 1934. — Frey E.: Zbl. Gyn. str. 946, 1924. — Gauss C.: Zbl. Gyn. str. 1, 1932. — Gottlieb-Meyer: Die exper. Pharmakologie. 1936. — Januschke: Med. Klin. Nr 40, 1931. — Killian H.: Klin. Wschr. Nr 50, 1935. — Killian H.: Arch. f. exper. Path.-Pharm. T. 118, str. 105, 1936. — Krauss F.: Münch. med. Wschr. str. 1750, 1936. — Likier A.: Pol. Arch. Med. Wewn. str. 135, 1934. — Moudry: ref. Ber. Gynäk. str. 328, 1935. — Nevinny H.: Beilageheft. Ztschr. Geburtsh. t. 114, 1936. — Nevinny H.: Beilageheft. Ztschr. Geburtsh. t. 114, 1937. — Poeck E.: Zbl. Gyn. str. 744, 1926. — Richaud-Hazard: Précis de Thérap. et de Pharmacol. 1935. — Schmitt W.: Zbl. Gyn. str. 489, 1924. — Schwarcz: Zbl. Gyn. str. 817, 1928. — Sikorski H.: Now. Lek. Z. 18, 1937. — Stahnke E.: Zbl. Gyn. str. 1799, 1930. — Schlör W.: Zbl. Gyn. str. 1651, 1934. — Uter W.: Zbl. Gyn. str. 1221, 1932. — Zangenmeister W.: Zbl. Gyn. str. 972, 1926.

Dr Mieczysław SZAJNA Kołomyja

Przypadek promienicy płuc

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi
Dyrektor: Dr Stanisław Kaliniewicz

W czasokresie siedmiu lat pracy w Szpitalu Powszechnym w Kołomyi miałem sposobność obserwowania trzech przypadków promienicy narządów wewnętrznych: dwa przypadki promienicy płuc oraz jeden promienicy jamy brzusznej. Pierwszy z chorych na promienicę płuc zgłosił się do szpitala przed kilku laty z powodu twardego nacieku na klatce piersiowej. Próbny wycinek, pobrany z tego nacieku, nie wykazał obecności promienicy, mimo klinicznego podejrzenia. Prześwietlenie klatki piersiowej dało w wyniku naciek wielkości dziesięciozłotówki w prawym polu płucnym dolnym. Chory ten następnie wyjechał do Lwowa do Szpitala Ub. Społ., gdzie rozpoznano, na podstawie badania histopatologicznego (obecne grzybki promienicy), promienicę.

Chory ten wrócił do Kołomyi, gdzie zmarł z powodu ogólnego wyniszczenia i skrobiawicy. Przypadek promienicy jamy brzusznej przedstawiał się bardzo interesująco: do szpitala przywieziono chorego z objawami niedrożności jelit od kilku dni — wymioty, wzdęcie brzucha, stawianie się jelit. Badaniem przez kiszkę stolcową stwierdzono duży ropień, który zupełnie zamykał światło odbytnicy. Po nacięciu ropnia wylało się około 2 litrów cuchnącej ropy, w której obok obfitej flory bakteryjnej znajdowało się mnóstwo kolonij promienicy. Chory ten opuścił po kilku tygodniach szpital bez objawów chorobowych.

Zgłosił się ponownie do szpitala po upływie sześciu miesięcy z innego powodu, podając, jako jedyną dolegliwość, zaparcie stolca. Punktu wyjścia zakażenia promienicą u tego chorego nie można było wykazać.

Drugi przypadek promienicy płuc znajduje się obecnie w leczeniu w naszym szpitalu od kilku tygodni. Ze względu na powikłania, utrudniające rozpoznanie oraz na dłuższą obserwację chorego, pozwolę sobie przedstawić dokładniej jego historię choroby.

Dnia 30 maja br. (l. prot. szpit. 678/38), zgłosił się do szpitala osobnik wzrostu wysokiego, prawidłowej budowy ciała, podupadłego odżywienia, ze skargami na uporczywy kaszel, obfite odpluwanie plwociny, od czasu do czasu zabarwionej krwią, ostatnio bardzo cuchnącej. Chory od kilku tygodni; nie może podać dokładnie początku choroby, ponieważ kaszle już od kilku miesięcy. Wzywany lekarz stwierdził zapalenie płuca prawego, a ponieważ przepisane leczenie nie poprawiało stanu chorobowego, chory zgłosił się do szpitala. Ciepłota do 39°, tętno 98 na minutę, miarowe, dobrze napięte. W jamie ustnej szereg ropiejących korzeni, poza tym bez zmiany. Płuco prawe: stłumienie do połowy łopatki, na szczycie pachy oraz trzy palce poniżej obojczyka; w miejscu stłumienia szmery oddechowe pęcherzykowe zaostrzone, z wydechem słyszalnym, po kaszlu rzężenia średniobańkowe. W czasie przeszło dwumiesięcznego pobytu chorego w szpitalu wystąpiło wyraźne wciągnięcie prawej klatki piersiowej poniżej obojczyka, przy czym prawa klatka piersiowa mniej poruszalna przy ruchach oddechowych. Próba założenia prawostronnej odmy wykazała zrosty, uniemożliwiające wejście choćby najmniejszej ilości powietrza. Nad płucem lewym świsty i furczenia. Serce, jama brzuszna, system nerwowy bez zmiany.

Prześwietlenie płuc promieniami Roentgena wykazało jednolite zaciemnienie prawego płata górnego z jamą w środku: jama wielkości mniej więcej orzecha włoskiego z zawartością płynną. Odpluwał codziennie około 100 cm³ cuchnącej plwociny, od czasu do czasu zmieszanej z krwią. Badanie plwociny na obecność prątków Kocha stale ujemne; w rozmazie, barwionym Gramem, liczne kolonie promienicy. Zaznaczam, że grzybki znaleziono dopiero po kilkunastokrotnym badaniu plwociny, kiedy leczenie zastosowane, jak przy ropniu zgorzelinowym płuc, nie dało żadnego dodatniego wyniku (środki balsamiczne, będźwinian sodowy dożylnie, neoarsenobenzol, alkohol dożylnie). Wyszedłem wtedy z założenia, że ropień zgorzelinowy jest zjawiskiem wtórnym, powstałym na tle promienicy płuca lub nowotworu. Komórek nowotworowych nie znalazłem ani w plwocinie, ani też w rozmazie z nacieku płuca. Wreszcie po kilkunastokrotnym badaniu plwociny obecność grzybków promienicy wyjaśniła zupełnie rozpoznanie: promienica płuca prawego z następowym ropniem zgorzelinowym. Droga wejścia nieustalona: wobec znacznej ilości ropiejących korzeni w jamie ustnej bardzo możliwa jest ta droga zakażenia. Opisywany chory przebywał do dnia 7 sierpnia br. w leczeniu szpitalnym. W tym czasie wziął kilka naświetlań promieniami Roentgena oraz zażywał jod. Opuścił szpital z niewielką poprawą: wprawdzie ilość plwociny zmniejszyła się do ca. 60 cm³ na dobę, gorączka nie przekraczała 37,8°, jednakże ogólny stan chorego pogorszył się znacznie, ogólne wyniszczenie wzmagało się, każąc myśleć o skrobiawicy, częstym, końcowym powikłaniu promienicy narządów wewnętrznych.

Z innych badań pomocniczych wskazywały wszystkie tylko na obecność ostrej sprawy zapalnej: leukocytoza stale w granicach 12—16.000, opadanie do 100 mm. Odczyny na kiłę ujemne. Mocz bez białka i cukru.

W opisanym przypadku zwraca uwagę jedna okoliczność: brak powikłania ze strony opłucnej i klatki piersiowej. Przyczyną tego były, być może, brak wolnej jamy opłucnowej oraz otwarta droga dla ropy przez ropień zgorzelinowy i oskrzela.

Jestem zdania, że w każdym przypadku ropnia płuc, opornego na leczenie, zwykłego, czy też zgorzelinowego, należy najdokładniej poszukiwać promienicy lub guza złośliwego, jako pierwotnej przyczyny schorzenia.

Dr Mieczysław SZAJNA Kołomyja

Cytrynian sodowy, jako płyn do liczenia ciałek czerwonych

(Notatka pracowniana)

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi
Dyrektor: Dr Stanisław Kaliniewicz

Przypadkowo, nie mając pod ręką płynu Hayem'a, ani fizjologicznego roztworu soli kuchennej, użyłem do liczenia ciałek czerwonych 5% roztworu cytrynianu sodowego. Takiego roztworu tej soli używamy stale do badania krwi na odczyn Biernackiego. Okazało się, że 5% roztwór cytrynianu sodowego nadaje się nadspodziewanie dobrze, jako płyn do liczenia ciałek czerwonych. Te ostatnie występują bardzo efektownie: w przypadkach niedokrwistości widać dobrze nierówną wielkość i kształty: żółte zabarwienie hemoglobiny odcina się również bardzo ostro. Ciałka białe niewidoczne. Natomiast dobrze widoczne są, zwłaszcza przy zaciemnionym polu widzenia, płytki krwi, wykonujące szybkie drgające poruszenia.

Po dłuższym staniu zawiesiny krwi w 5% roztworze cytrynianu sodowego, ciałka czerwone przybierają kształt morwowaty, jak zwykle w środowisku hipertonicznym. Mimo to dają się dobrze rozpoznać i policzyć.

Dr Rudolf RUBIN Stanisławów

Zatrucie, czy śmierć z przyczyn naturalnych? Glisty w jamie brzusznej

Dnia 15 kwietnia 1937 r. na zarządzenie Prokuratury Sądu Okręgowego w Stanisławowie przeprowadziłem sekcję sądowo-lekarską zwłok śp. I. O., dziewczynki 2-letniej, zmarłej wśród „podejrzanych" okoliczności. Rodzice denatki podali, że dziecko było dnia 10 kwietnia 1937 r. zupełnie zdrowe, a przedtem również niczego podejrzanego u dziecka nie zauważyli, tegoż dnia dziecko otrzymało od krewnych ciastko kminkowe, a w kilka godzin po spożyciu tego ciastka wystąpiły wymioty, w których oprócz resztek ciastka niczego podejrzanego nie stwierdzono. Po wymiotach dziecko zasnęło i spało spokojnie; dnia 11. IV. dziecko było niespokojne, a jak matka podaje „marudziło" cały dzień, a w nocy na 12. IV. ponowiły się wymioty, biegunka, ciepłota ciała podniosła się do 39°, a dziecko żaliło się na bóle brzucha. Dnia 12. IV. o godzinie 10 dziecko straciło przytomność i wystąpiły drgawki, sinica i duszność. W tym stanie przywieziono dziecko do szpitala, a lekarz ordynujący podaje, że dziecko przywieziono do szpitala bez tętna, z zupełną sinicą, objawami duszności, wymiotujące i oddające liczne wolne stolce, a w wymiocinach i w stolcach znajdowały się glisty w dużej ilości. Po kilkugodzinnym pobycie w szpitalu dziecko zmarło, a ze względu na podejrzenie ze strony rodziców, że śmierć nastąpiła z powodu spożycia zatrutego ciastka, powiadomiono Prokuraturę, która zarządziła otwarcie zwłok dla ustalenia przyczyny zgonu.

Przy sekcji stwierdzono: delikatną budowę kośćca, odżywienie podupadłe, plamy pośmiertne normalnie rozmieszczone i zabarwione, z ust i otworów nosowych nie wyczuwało się żadnej podejrzanej woni, a na ciele nie stwierdzono żadnych, choćby nawet najdelikatniejszych obrażeń, a w szczególności w okolicy ust, warg, języka i jamy ustnej. Oględziny wewnętrzne wykazały: powłoki, sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone, opona twarda sklepienia dająca się z trudem od kości oddzielić, miejscami znacznie zgrubiała i nierówna, zresztą na podstawie czaszki gładka i lśniąca. Opony miękkie, poza silnym nastrzykaniem, zmian nie wykazywały. Mózg, móżdżek, most Varola, rdzeń przedłużony i naczynia na podstawie mózgu bez zmian. Mięśnie szyi, tarczyca, łuki podniebienne prawidłowe. W przełyku, krtani i tchawicy brunatny śluz. Grasica mięsista, pokrywała prawie cały worek osierdziowy. Jama opłucnowa prawa zawierała około 15 cm³ płynnej, ciemnej krwi oraz nieżywą, 25 cm długą, glistę dżdżownicowatą. Płuco prawe miało brzegi rozdymane, a pod opłucną liczne punktowate wynaczynionka krwi. W lewej jamie opłucnowej było około 25 cm³ płynnej, ciemnej krwi, a ponadto znajdowała się w niej jedna cała glista nieżywa, a druga nieżywa glista tkwiła 6 cm w wolnej jamie opłucnowej, a resztą swego ciała tkwiła w żołądku po przebiciu przepony w okolicy *hiatus oesophageus;* śledząc ułożenie glisty wzdłuż jej ciała stwierdziłem, że glista ta przebiła żołądek na krzywiźnie małej i sięgała wzdłuż dwunastnicy do jelita cienkiego. Płuco lewe wykazywało takie same zmiany jak prawe. W oskrzelach brunatny śluz. W worku osierdziowym około 15 cm³ płynu przesączynowego, serce nieco większe niż piąstka denatki, jędrne, lewa komora próżna, w prawej wiotkie skrzepy krwi, zastawki cienkie, delikatne, domykalne; pod nasierdziem luźne, punkcikowate wynaczynionki krwi. W wolnej jamie otrzewnowej około 50 cm³ płynu jasno-żółtego, przesączynowego, układ trzew prawidłowy. Śledziona, obie nerki, moczowody, pęcherz moczowy, nadnercza, wątroba i woreczek żółciowy prawidłowe. Żołądek zawierał oprócz wyżej opisanej glisty, dalsze 4 glisty, a ponadto około 2 łyżki stołowe brunatnego, gęstego śluzu, takiego, jaki stwierdzono w przełyku, tchawicy i grubszych oskrzelach. Oprócz dziury w żołądku, przez którą glista wydobywała się do jamy opłucnowej, stwierdzono tylko jeszcze silnie przekrwioną śluzówkę żołądka. W jelitach cienkich i grubych naliczyłem ogółem 84 luźno leżących glist, a oprócz tego w okolicy zastawki Bauhina znajdowało się całe kłębowisko glist, złożone z 23 sztuk, zamykających dość szczelnie światło jelita, a 3 glisty tkwiły swymi końcami w wyrostku robaczkowym, który był odpowiednio zgrubiały i wydłużony, usztywniony, ale nieuszkodzony, a śluzówka jego miernie przekrwiona.

Na podstawie wyniku sekcji wydałem opinię, że przyczyną zejścia śmiertelnego denatki stało się uduszenie, a mianowicie wymiocinami, spowodowanymi przez obecność dużej ilości glist w całym przewodzie pokarmowym. Przy sekcji wydobyto ponad 100 glist, a według podania lekarza ordynującego w szpitalu, glisty wydobywały się także za życia w dużej ilości razem z wymiotami i stolcami. Za mechanizmem śmierci z uduszenia przemawiały stwierdzone sekcyjnie wynaczynionka krwawe pod opłucnymi i pod nasierdziem oraz obecność takiego samego brunatnego śluzu w żołądku, przełyku, tchawicy i grubszych oskrzelach, a ponadto przyżyciowo stwierdzona przez lekarza ordynującego duszność, sinica i brak tętna.

Ponieważ ani oględziny zewnętrzne, ani sekcja zwłok, jak i objawy obserwowane za życia, nie dawały podstaw do przyjęcia śmierci gwałtownej, a w szczególności z powodu zatrucia, przyjąłem, że śmierć nastąpiła z przyczyn naturalnych, a sprawa została umorzona.

Moim zdaniem wędrowanie glist do jam opłucnowych i przebicie żołądka nastąpiło już po śmierci dziecka, jakkolwiek znane są przypadki przebicia żołądka i jelit także za życia człowieka.

Przypadek niniejszy ogłaszam po przeczytaniu protokołu zebrania naukowego Tow. Lek. Zagłębia Dąbrowskiego (ref. kol. B u c h a c z a) z dnia 16 czerwca 1937 r. ogłoszonego w Pol. Gaz. Lek. Nr 35, 1938. Opisany w referacie kol. B u c h a c z a przypadek dotyczył dziewczynki 10-letniej, operowanej w tym samym prawie czasie, kiedy zmarła dziewczynka przeze mnie sekcjonowana. Czyżby miesiąc kwiecień miał wpływ na schorzenia spowodowane przez glisty? Warto by zbierać materiał.

NOWE ŚRODKI LECZNICZE

Dr Zbigniew OSZAST, zastępca Ordynatora Kraków

O nowym środku przeciwświerzbowym (Novascabin)

Z Oddziału Chorób Skórnych i Wenerycznych Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie
Ordynator: Doc. dr Henryk R e i s s

Świerzb, w dzisiejszych czasach ogólnej pauperyzacji, masowych wędrówek bezrobotnych w poszukiwaniu pracy, niedostatku mieszkaniowego i płynącego stąd pogorszenia się warunków higienicznych szerzy się łatwo i szeroko. Z tego też powodu posiada to schorzenie duże znaczenie społeczne. Poza tym, jako choroba szerząca się wśród najbiedniejszych stanowi pokaźny odsetek chorych[1]), wymagających odosobnienia i bezwzględnego leczenia szpitalnego. Liczba chorych na świerzb w ostatnich latach wykazuje wyraźnie i stale postępującą zwyżkę. Z tego powodu każde usiłowanie przemysłu farmaceutycznego, mające na celu ułatwienie nam pracy w zwalczaniu świerzbu należy powitać z uznaniem.

Na to uznanie zasługuje też *nowy środek przeciwświerzbowy*, wyprodukowany przez firmę dr A. W a n d e r, S. A. Środek ten posiada nazwę *„Novascabin"*, a skład jego wygląda następująco:

mentholi citrici	2,0
benzyli benzoati	30,0
paraffini liquidi ad	100,0

Jest to płyn gęsty, oleisty, bezbarwny, lekko opalizujący, o miłym aromatycznym zapachu; nie barwi i nie plami bielizny.

Jak widać z powyższego składu, środek ten zawiera dwa bardzo ważne składniki, z których jeden jest w powszechnym użyciu, zwłaszcza w krajach skandynawskich, do zwalczania świerzbu. *Benzylum benzoatum* jest znanym środkiem przeciwświerzbowym i bardzo skutecznym, zwłaszcza w tzw. skróconym, przyspieszonym leczeniu świerzbowym, jak o tym świadczy, np. rozległe doświadczenie K i s s m e y e r a, prowadzącego przy swym oddziale w miejskim szpitalu w Kopenhadze wzorowo urządzoną przychodnię przeciwświerzbową.

Drugi środek, wprowadzony przez firmę dr A. W a n d e r w skład *Novascabiny*, to *ester mentolowy kwasu cytrynowego. Mentol* jest używany w dermatologii, jako dzielny środek przeciwświądowy, dlatego też połączenie go z *benzylum benzoatum* w celu zwalczania świerzbu należy uznać za bardzo szczęśliwe.

[1]) Obliczenia np. statystyczne Oddziału Dermatologicznego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie wykazują około 600 chorych rocznie.

Otrzymawszy ten środek, postanowiliśmy go wypróbować na materiale oddziałowym i to zarówno u chorych leczonych na oddziale, jak i u chorych dochodzących. Przede wszystkim postanowiliśmy przy użyciu *Novascabiny* skrócić nasz dotychczasowy sposób leczenia świerzbu maścią Miliana, czy inną. Zwykle bowiem postępowaliśmy na oddziale u chorych leżących, w przypadku świerzbu w ten sposób: chory bywał smarowany maścią 5 lub nawet 6 razy, zależnie od stopnia schorzenia, po czym brał kąpiel.

Na to potrzebowaliśmy *zawsze* 3 dni czasu.

Z „*Novascabiną*" postępowaliśmy inaczej: chory przyszedłszy na oddział brał ciepłą oczyszczającą kąpiel, połączoną z dokładnym namydlaniem ciała (rozpulchnienie naskórka), po czym po osuszeniu ciała smarował *Novascabiną* bardzo dokładnie całe ciało, a zwłaszcza miejsca najczęstszego usadowienia się zmian świerzbowych, jak ręce, wewnętrzne powierzchnie palców, okolicę nadgarstkową, przedni fałd pachowy, sutki, żołądź i napletek, okolicę pępka itd. Na jednego dorosłego osobnika zużywaliśmy 100—150 cm³ *Novascabiny*. Ponieważ ten płyn jest tłusty, oleisty, dlatego wtarcie musi być dokonane w skórę aż do suchości. Po takim nasmarowaniu chory pozostaje w szpitalu tylko jeden dzień i przed opuszczeniem szpitala bierze jeszcze kąpiel.

Podobne wskazówki otrzymywali także chorzy, którzy po zasięgnięciu porady w naszym ambulatorium, przeprowadzali to leczenie w domu, z tą oczywiście różnicą, że po wtarciu w ciało *Novascabiny* wkładali na siebie świeżą bieliznę i używali świeżej pościeli. Reszta bielizny szła do prania, a ubranie do prasowania gorącym żelazkiem. Kąpiel po 24 godzinach.

W powyżej opisany sposób leczyliśmy w ciągu ostatnich trzech miesięcy (lipiec-sierpień-wrzesień) na oddziale:

mężczyzn	27
kobiet	19
razem	46 osób.

Natomiast w ambulatorium naszego oddziału przeprowadziliśmy to leczenie u:

mężczyzn	17
kobiet	26
razem	43 osób.

Ogółem zatem przeprowadziliśmy to leczenie u 89 osób. *U wszystkich leczenie to było zupełnie skuteczne, wszyscy zostali wyleczeni. U wszystkich* wystarczyło zastosowanie na 12—18—24 godzin *Novascabiny*, aby zniszczyć źródło choroby. Chorzy na drugi dzień po kąpieli podawali, że nie odczuwają żadnego świądu, pieczenia itp. sensacyj i zadowoleni i wyleczeni po jednym dniu wracali do domu. Potem *nie powracali do nas z nawrotami.*

Działania ubocznego *Novascabiny*, jak zaczerwienienia, nasilenia się świądu, białkomoczu itp. nie stwierdziliśmy w żadnym przypadku, a nawet w przypadkach z nieznacznym zakażeniem wtórnym obserwowaliśmy ustępowanie zaczerwienienia i przysychanie zmian sączących pod wpływem *Novascabiny*. W przypadkach jednak z wyraźnie zaznaczonym zakażeniem ropnym *(impetigo, furunculosis) objawy świerzbu ustępowały, ale pyodermiczne zmiany utrzymywały się*. Na ogólną liczbę 89 chorych mieliśmy takich chorych z zakażeniem ropnym 11 i u nich po wyleczeniu świerzbu *Novascabiną* musieliśmy objawy zakażenia wtórnego leczyć osobno.

Oczywiście to nie zmniejsza w niczym znaczenia leczniczego *Novascabiny*, gdyż poza tym obok jej działania czysto leczniczego istnieje szereg momentów natury społecznej, gospodarczej i praktycznej, podnoszących jej wartość, jak:

1. *Novascabina* jako płyn bezbarwny nie plami i nie niszczy bielizny, stąd też jej wyższość nad metodami Hardy'ego, Oppenheima, Ehlers'a i innych.

2. *Novascabina* posiada miły, aromatyczny zapach, stąd jako niekłopotliwy, wygodny lek nadaje się do przeprowadzenia leczenia nią w domu (ambulatoryjne leczenie chorych w ubezpieczalniach!). Posiada to wielkie znaczenie, gdyż pozwala na leczenie służących, ludzi mieszkających wspólnie z innymi, w schroniskach, domach noclegowych itd. Wreszcie *Novascabiną* można się leczyć, nie przerywając pracy zawodowej!

3. *Novascabina* skraca czas leczenia, gdyż jak wspomnieliśmy powyżej, 12—18—24-godzinny kontakt skóry z lekiem wystarczy do wyleczenia. Z tego powodu nadaje się *Novascabina* do leczenia szpitalnego, gdyż zaoszczędza kosztów pobytu chorego w szpitalu (zamiast 3 dni, jak dotychczas, wystarczy 1 dzień!).

Zbierając zatem wyniki kliniczne naszych doświadczeń możemy stwierdzić na podstawie obserwacji naszych 89 przypadków świerzbu, leczonych *Novascabiną*, że chociaż lecznictwo świerzbu posiada szereg dobrych leków siarkowych, dziegciowych, ristinę i innych, to jednak *Novascabina* w porównaniu z nimi okazała się *bardzo dzielnym lekiem przeciwświerzbowym, górującym nad szeregiem innych, dotychczas stosowanych leków, swym niezawodnym działaniem i wysokimi, niespotykanymi przy żadnym dotychczas stosowanym leku wartościami praktycznymi.*

Dr Jakub BLUM Lwów-Szczawnica

O leczeniu schorzeń dróg oddechowych Rezylem

W leczeniu schorzeń dróg oddechowych medycyna współczesna bogata jest w cały szereg środków leczniczych. A złożyły się na to liczne i żmudne badania, trwające dziesiątki lat, czy to w pracowniach chemicznych, czy też lekarzy-praktyków. Podnietą do tych badań była pierwsza połowa XIX wieku, kiedy to wykryto lecznicze własności kreozotu, stosowanego początkowo jedynie w gruźlicy, a następnie w przewlekłych schorzeniach dróg oddechowych. O kreozocie powstało obszerne piśmiennictwo dzięki badaniom poświęconym temu lekowi przez licznych autorów (Burlureau, Schoull, Weiller i inni).

W praktyce jednak stosowanie kreozotu, samego, napotykało na pewne trudności. Nieprzyjemny smak i zapach, drażniące działanie na błony śluzowe przewodu pokarmowego (biegunki) oraz na nerki były jego cechami ujemnymi. W ciągłej dążności do udoskonalenia danego leku, a w szczególności pozbawienia go wyżej opisanych przykrych działań ubocznych, z zachowaniem własności leczniczych kreozotu, udało się stworzyć lek, odpowiadający tym wymaganiom. Lekiem tym stał się gwajakol, główny składnik kreozotu. Czysty gwajakol nie spełnia jeszcze w całości swego zadania, a według Brachata *(Paris Médical,* rocznik 11, str. 239) drażni błony śluzowe jelit i może wywołać nudności, wymioty i rozwolnienia. Według tegoż autora, pochodne gwajakolu, jak węglan, będźwinian i siarczan potasowo-gwajakolowy działają bardzo niepewnie, a według Gottlieb-Meyera związki te są wydalane z ustroju w stanie nierozłożonym.

Do najświeższych zdobyczy lecznictwa, które by zapewniały własności lecznicze gwajakolu bez jego przykrych, a nieraz i szkodliwych działań ubocznych, należy dziś zaliczyć *Rezyl* „Ciba", wyrabiany przez Pabianicką Spółkę Akcyjną Przemysłu Chemicznego w Pabianicach.

Rezyl jest to ester glicerynowy gwajakolu. Główną cechą tego leku jest jego działanie wykrztuśne. We wszystkich sprawach chorobowych dróg oddechowych, charakteryzujących się kaszlem oraz mniej lub więcej gęstą wydzieliną, pokrywającą błonę śluzową oskrzeli i oskrzelików, wpływ Rezylu okazał się bardzo skuteczny. Zbita i gęsta plwocina, z tak wielkim trudem i wysiłkiem wykrztuszana przez chorych, pod wpływem Rezylu staje się płynniejsza i rzadsza, chorzy z uczuciem ulgi, lekko ją odpluwają. Ilość jej staje się z każdym dniem mniejsza, a częsty, męczący i suchy kaszel szybko ustępuje. Objawy te widziałem także bardzo często u chorych z długotrwałym nieżytem oskrzeli, połączonym z dychawicą oskrzelową. Chorzy ci, którzy, bądź co bądź, w swym długotrwałym cierpieniu wypróbowali z mniejszym lub większym skutkiem cały arsenał leków, bardzo chętnie przyjmowali w okresach międzynapadowych Rezyl w postaci syropu, przeciętnie 3—4 łyżeczek dziennie. Przyjemny smak oraz możność długotrwałego stosowania leku bez żadnych ubocznych objawów, zwłaszcza ze strony przewodu pokarmowego, oprócz powyżej wymienionych właściwości leku, zachęciły mnie do stosowania Rezylu u chorych na dychawicę, tym bardziej, że widziałem niejednokrotnie zmniejszenie się częstości napadów duszności oraz wybitne polepszenie samopoczucia chorego.

Z dalszych cech Rezylu wymienię jego własności odkażające oraz pobudzające łaknienie. Widziałem to u chorych na przewlekłe zapalenie oskrzeli, a zwłaszcza u chorych na gruźlicę. U tych ostatnich prawie zawsze daje się zauważyć brak łaknienia, spadek na wadze i ogólne osłabienie. Na skutek wykrztuśnego i łagodzącego kaszel działania Rezylu z jednej strony, a pobudzającego łaknienie z drugiej, chorym przybywało na wadze w stosunkowo dość krótkim czasie, przy równoczesnym polepszeniu stanu ogólnego. U chorych z prątkami Kocha

w plwocinie, ilość ich się zmniejszała, a niekiedy nawet wykryć ich zupełnie nie było można.

Działanie Rezylu wypróbowałem na dość dużym materiale (około 50 chorych). Preparat ten stosowałem w schorzeniach dróg oddechowych, a więc: w ostrych, podostrych i przewlekłych zapaleniach lub nieżytach tchawicy, oskrzeli i oskrzelików oraz w dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc.

Dla lepszego zobrazowania, przytoczę tu kilka przypadków leczonych Rezylem.

Przypadek I. Chory B. L., lat 32, przed 6 miesiącami grypa. Od tego czasu stale kaszle, odkrztusza dużo gęstej, ciągnącej się plwociny, ogólne zmęczenie, brak apetytu, spadek na wadze 5 kg.

Rozpoznanie: *Bronchitis chr. exsud. diff. Emphysema pulm.* miernego stopnia. Zastosowałem Rezyl w syropie, 3—4 łyżeczki kawowe dziennie. Po 4 dniach kaszel stał się łagodniejszy, chory odkrztuszał łatwiej. Po 8 dniach znaczne zmniejszenie się ilości plwociny, poprawa petytu i samopoczucia. Po 4 tygodniach kaszel prawie zupełnie ustąpił; chory od czasu do czasu wykrztusza jeszcze skąpą wydzielinę; apetyt dobry; przybrał na wadze $1^1/_2$ kg.

Przypadek II. Chora B. A., lat 47. Przed 2 laty grypa z następowym odoskrzelowym zapaleniem płuc. Chora skarży się na drapanie za mostkiem, a niekiedy i ból, zwłaszcza po piciu zimnych napojów, głuchy ból pod łopatką prawą, promieniujący ku dołowi, silny i częsty kaszel, przy czym odpluwa obfitą gęstą wydzielinę, ma uczucie duszności, potęgujące się do napadów duszności. Napady te początkowo występowały 2—3 razy tygodniowo, następnie ograniczyły się do 3—4 w miesiącu i to przeważnie w nocy. Nie gorączkuje. Prątków Kocha nie stwierdza się.

Rozpoznanie: *Tracheitis chr. Bronchitis chr. exsud. diff. Emphysema pulm. Asthma bronch.*

Zastosowałem leczenie Rezylem w syropie, początkowo 4 łyżeczki kawowe dziennie, w miarę polepszenia się stanu chorobowego zmniejszałem ilość do 1—2 łyżeczek dziennie. Wydzielina po dość krótkim czasie (8—10 dni) zmieniła się jakościowo i ilościowo. Chora lżej odkrztuszała, kaszel stał się łagodniejszy. Po 3 tygodniach duszność się zmniejszyła, wystąpił tylko jeden atak duszności i wtedy zastosowałem środki doraźne. Po 6 tygodniach skąpa wydzielina i kaszel, drapanie za mostkiem znikło; od czasu do czasu zjawia się jeszcze uczucie duszności. Po 3 miesiącach chora czuje się dobrze. Napad duszności występuje raz na miesiąc, ale w o wiele mniejszym nasileniu.

Mimo że stosowałem tu Rezyl przez długi czas, nie widziałem żadnego ubocznego działania.

Przypadek III. Chłopak I. K., lat 13, przed dwoma tygodniami podczas kąpieli rzecznej przeziębił się. Matka podaje, że przez 5 dni silnie gorączkował ($38,4^0$—$39,2^0$). Kaszlał sucho, z trudem wykrztuszał, sypiał niespokojnie, skarżył się na bóle pleców i głowy. Obecnie wprawdzie nasilenie tych objawów się zmniejszyło, ale ciepłota ciała niejednokrotnie wykazuje 38^0; kaszle jeszcze dużo i sucho; stracił zupełnie apetyt, zmizerniał, szybko się męczy. Pirquet, zdjęcie płuc daje wynik ujemny.

Rozpoznanie: *Bronchitis subacuta diff. Anaemia.* Zaordynowałem Rezyl-syrop 4—5 razy dziennie po łyżeczce kawowej, zalecając, by po kilku dniach, w miarę poprawy, dawkę zmniejszyć do 2 łyżeczek dziennie. Chłopak chętnie przyjmował syrop.

Po 5 dniach kaszel wilgotniejszy, nie męczący, chory łatwiej odkrztusza plwocinę. Ciepłota ciała od czasu do czasu $37,2^0$—$37,5^0$. Sypia spokojniej. Po 3 tygodniach ciepłota ciała normalna, chory nieco jeszcze pokaszluje; zupełny brak plwociny, apetyt znacznie się polepszył, chory przybrał na wadze 250 g. Nie czuje zmęczenia, jest żywy i ruchliwy, jak przed chorobą.

Przypadek IV. Chory J. B., lat 29. Od dzieciństwa skłonny do przeziębień. Przechodził dwa razy obustronne zapalenie płuc, ostatnio przed 5 laty. Na wiosnę i w jesieni stale się przeziębia i musi leżeć kilka dni w łóżku.

Przed tygodniem przeziębił się ponownie. Trzy dni gorączkował. Obecnie skarży się na męczący kaszel, nie dający mu usnąć w nocy, przy czym odkrztusza rano bardzo dużo gęstej i zbitej plwociny; uczucie ciężaru na piersiach, od czasu do czasu głuchy ból pod łopatką prawą. Stale brak apetytu, obecnie zaś zupełnie go stracił. Częste bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie, utrata na wadze w krótkim czasie $4^1/_2$ kg. Chory psychicznie złamany.

Rozpoznanie: *Bronchitis chron. exsud. diff. Bronchiectases. Emphysema pulm. Anaemia. (Gastritis chron.).*

Zaleciłem choremu Rezyl w tabletkach, 3—4 tabletek dziennie. Po 5 dniach plwocina rozrzedzona, chory łatwiej odkrztusza, kaszel nieco zelżał. Przeszedłem następnie na Rezyl-syrop, po *3* łyżeczki kawowe dziennie. Po dwóch tygodniach wyraźna poprawa: ilość plwociny zmniejszyła się, utrzymuje się jednak jeszcze dość obficie rano. Samopoczucie chorego lepsze, sypia już w nocy. Po 6 tygodniach chory kaszle tylko rano, ale lekko odkrztusza i to płynną plwocinę. W ciągu dnia odkrztusza niewiele. Nastąpiła przy tym poprawa łaknienia, chory czuje się o wiele zdrowszy, przybrał na wadze 1.200 g. Mimo że stosowałem Rezyl przez dłuższy okres czasu, w dawkach, co prawda, stosunkowo małych (1—*2* łyżeczek syropu lub 1—*2* tabl. dziennie), chory dobrze znosił preparat i nie zauważyłem żadnego szkodliwego działania na ustrój.

Przypadek V. Chora J. S., lat *22*. Od dłuższego czasu skarży się na ogólne osłabienie, szybkie męczenie się przy pracy, nieraz brak tchu przy wysiłkach fizycznych, brak apetytu, suchy męczący kaszel, skąpą wydzielinę, bóle w barku lewym, okresowo stan podgorączkowy.

Rozpoznanie: *Tbc. fibrosa apic. pulm. sin. Anaemia.* Koch (—).

Przede wszystkim dla złagodzenia męczącego kaszlu i łatwiejszego wykrztuszania zaordynowałem Rezyl-syrop po 3 łyżeczki dziennie. Po 12 dniach widoczna poprawa, objawiająca się zmniejszeniem się ilości plwociny, wzmożeniem łaknienia i polepszeniem ogólnym. Po 5 tygodniach kaszel prawie zupełnie zniknął, tak samo i plwocina; ustąpił stan podgorączkowy, powrócił apetyt; chora czuje się silniejsza, nie męczy się tak szybko, jak dawniej.

W licznych przypadkach schorzeń dróg oddechowych stosowałem Rezyl także pozajelitowo, w ampułkach po 2.3 cm^3. O wynikach tych spostrzeżeń doniosę w następnym komunikacie.

Dotychczasowe zaś wyniki leczniczego stosowania Rezylu w syropie i tabletkach upoważniają mnie do stwierdzenia, że jest on dzielnym środkiem leczniczym w schorzeniach dróg oddechowych, a równocześnie preparatem, który można stosować przez dłuższy czas bez obawy jakichkolwiek szkodliwych objawów ubocznych.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr Eugeniusz PIOTROWSKI — Warszawa

Ochrona pracy i zdrowia pracowników młodocianych i nieletnich

Praca dzieci, obejmowanych dziś modniejszym nieco terminem pracowników *młodocianych i nieletnich*, nie jest zagadnieniem nowym ani też jakimś specjalnym zjawiskiem poszczególnych państw, lecz stanowi, według Deutscha (1) (przytoczone za Szererową), w mniejszym lub większym stopniu zjawisko ogólne wszystkich krajów Europy.

Pierwsze rozporządzenie, dotyczące pracy młodocianych osób datuje się według Szererowej (2) z 1284 roku i zawarte jest w statutach cechu szlifierzy szkła w Wenecji.

Postanawia ono bowiem, że majstrowie mają baczyć, aby terminatorowie, czy terminatorki, których mają oni prawo zatrudniać, liczyli co najmniej 8 lat życia.

Podobne rozporządzenia w Niemczech sięgają XVI stulecia. Na podstawie tych rozporządzeń ustanowiono w Norymbergii dla introligatorów 14 lat jako minimalną granicę wieku, dla ceglarzy w Wirtembergii lat 15, zaś dla krawców hohenzolerneńskich 13—14 lat.

Poza tym nie spotyka się przejawów ochronnego ustawodawstwa pracy młodocianych.

Dopiero wiek XVIII, będący erą rozkwitu techniki i przemysłu wraz z zanikiem ustroju cechowego, który w statutach swoich zawierał dokładne postanowienia dotyczące ilości sił pomocniczych i czasu ich pracy u każdego majstra, a więc zapewniał tym samym należytą ich ochronę w pracy — wprowadza pracę zarobkową dzieci, jako zdobycz kapitalizmu, albowiem wprowadzenie pracy kobiet i dzieci uznał kapitalizm za najskuteczniejszy środek do obniżenia płac.

Zapotrzebowanie na pracę dzieci było wówczas duże, gdyż hołdowano zasadzie, że drobne i zwinne rączki dziecięce lepiej obsłużą nowe i modne podówczas maszyny, jak niezgrabne ręce dorosłych.

I to właśnie wzmożenie popytu na dziecinne ręce robocze pociągnęło za sobą nieprawdopodobny wprost wyzysk ich pracy.

Za kolebkę morderczej pracy dzieci uważa Szererowa Anglię, gdzie w zaraniu rozwoju wielkiego przemysłu, a więc na przełomie XVIII i na początku XIX wieku, fabrykanci nawet przy pomocy agentów wydobywali dzieci z przytułków, aby je wciąg-

nąć rzekomo do „terminu" tkackiego, gdzie stawały się one prawdziwymi niewolnikami, zmuszone pracować nawet po 16 godzin dziennie.

Że praca tych dzieci była prawdziwym białym niewolnictwem i niewiarygodnym wprost wyzyskiem, mogą świadczyć przytoczone przez Szererową prace Engelsa (3), Herknera (4) i Marksa (5).

Nic więc dziwnego, że, na tle tak anormalnych warunków pracy dzieci, musiało przyjść z czasem do rozwoju ustawodawstwa ochronnego pracy dzieci.

Pierwsza właściwie ustawa w tym kierunku pojawia się siłą faktu *w Anglii* w roku 1802 i dotyczy pracy terminatorów, zatrudnionych w fabrykach wyrobów lnianych i bawełnianych. Zabrania ona używania dzieci do pracy nocnej i ustala dla nich 12-godzinny czas pracy.

W roku 1819 Robert Oven przeprowadza w Anglii ustawę, zabraniającą zatrudniania małych dzieci w fabrykach, kopalniach i rolnictwie.

W roku 1833 wychodzi w Anglii ustawa, normująca czas pracy w fabrykach wyrobów tkackich dla dzieci w wieku od 9 do 13 lat, ograniczając go do 8 godzin, a dla młodocianych od 13 do 18 lat — do 12 godzin dziennie.

Następne ustawy, szybko po sobie się pojawiające, a więc z lat 1842, 1844, 1867, 1873, 1876, 1879, 1897, 1901, 1911, 1914 i inne już z okresu powojennego, ograniczają coraz bardziej zarówno wiek, jak i czas pracy młodocianych, ze względu na rozszerzenie zakresu nauki szkolnej, obowiązkowej dla wszystkich dzieci i doprowadzają teoretycznie do całkowitego uregulowania zagadnienia pracy młodocianych i powierzenia kontroli tej pracy zwierzchności szkolnej.

W Niemczech pojawia się dopiero w dniu 9. III. 1839 r. pierwsze rozporządzenie pruskie, zabraniające zatrudniania dzieci niżej 9 lat w kopalniach, fabrykach i hutach, ustalające dla młodocianych do 16 lat — 10-godzinny czas pracy oraz nie pozwalające na pracę nocną, jako też na pracę w niedziele i święta.

Ustawą z roku 1853 przesunięto granicę wieku dzieci, pracujących w fabrykach na 12 rok, a czas pracy dla dzieci od 12 do 14 lat obniżono do 6 godzin, wprowadzając zarazem czas nauki szkolnej dla tych dzieci na 3 godziny dziennie.

Kolejne, dalsze ustawy obejmują ochronę dzieci pracujących w innych dziedzinach (handel, przemysł itp.), a nawet regulują pracę dzieci również w obrębie rodziny, zabraniając zatrudniania własnych dzieci niżej 10 lat, obcych zaś dzieci przed ukończeniem lat 12.

Ustawy te doprowadzają wreszcie do nowocześnie pojętej ochrony *pracy, zdrowia i rasy* niemieckiej młodzieży pracującej, według wskazań i założeń narodowego socjalizmu.

Ustawowa ochrona pracy dzieci w *Szwajcarii* bierze początek z ustawy w 1872 r., *we Francji* zaś z roku 1813, gdzie ustawowy zakaz pracy dzieci miał początkowo ten tylko skutek, iż wyparł pracę dzieci z kontrolowanych fabryk, a przeniósł ją do przemysłu chałupniczego, nie podlegającego ustawodawstwu ochronnemu, a wykonywanego przecież w warunkach okropnych.

We Włoszech pierwszy krok w dziedzinie ochronnego ustawodawstwa dzieci stanowiło rozporządzenie z dnia 7. XII. 1843 r., dotyczące wyłącznie okręgu lombardzko-weneckiego, zabraniające zatrudniania dzieci niżej lat 9 w większych przedsiębiorstwach, zaś niżej lat 14 w gałęziach przemysłu, niebezpiecznego dla zdrowia dzieci.

Następne ustawy obejmują już zakaz pracy dzieci w innych dziedzinach do rolnictwa włącznie i przynoszą coraz to nowe zdobycze na polu ochrony pracy i zdrowia dzieci i młodocianych, zgodnie z programem faszystowskim, podobnie jak w hitlerowskich Niemczech.

W Austrii, gdzie warunki pracy dzieci były bardzo nieodpowiednie, pierwsze rozporządzenie z dnia 20 listopada 1786 r. dotyczy tylko najprymitywniejszych wymagań higieny, jak noclegów dzieci, nocujących w fabrykach.

Następne postanowienia z dnia 18. II. 1787 r. zabraniają zatrudniania dzieci przed ukończonym 8 rokiem życia, jeżeli nie zachodziła „konieczna potrzeba", co dowolnie było interpretowane.

Kolejne ustawy z roku 1842, 1859, 1884, 1885, 1911 i inne — ograniczają wiek i czas pracy dzieci w poszczególnych gałęziach pracy, do rolnictwa włącznie.

W myśl więc obowiązujących ustaw, wolno w Austrii zatrudniać dzieci w mniejszych zakładach przemysłowych *(Gewerbebetriebe)* po ukończonym 12 roku życia, a w większych *(Fabriksbetriebe)* po ukończeniu 14 roku życia.

Za ucznia (terminatora) ustawodawstwo austriackie uważa tego, kto wstępuje do zakładu przemysłowego celem praktycznego nauczenia się rzemiosła, przy czym umowa o pracę z młodocianym nie jest uważana za umowę o naukę, jeśli nie ma na celu praktycznej nauki (6).

Chałupnicy nie mają prawa zatrudniać uczniów ani pomocników, z wyjątkiem członków rodziny.

Czas pracy kobiet i młodocianych do 18 roku życia ma wynosić 44 godzin tygodniowo; w sobotę praca ma się kończyć o godzinie 12.

Wyjątek stanowią tu pewne zakłady przemysłowe, gdzie praca ta może być przedłużona do 48 godzin tygodniowo.

Prawo to nie przysługuje tym zakładom przemysłowym, w których liczba młodocianych przed 16 rokiem życia i kobiet — przewyższa 2/3 ogółu pracowników.

Nocna praca jest zakazana dla młodocianych płci męskiej do 18 roku życia, dla dziewcząt bez różnicy wieku.

Młodocianemu poniżej lat 16 przysługuje urlop 2-tygodniowy (14 dni), powyżej lat 16 — 8-tygodniowy.

Urlop jest płatny i wlicza się do czasu nauki.

Mistrz ma obowiązek najpóźniej na trzeci dzień po rozpoczęciu pracy zgłosić ucznia do ubezpieczenia w kasie chorych. Od 14 roku życia przysługuje uczniowi prawo ubezpieczenia od wypadku. Wszelkie składki z tytułu ubezpieczeń społecznych opłaca w całości właściciel zakładu.

Czynności inspektorskie w zakresie ustawodawstwa ochronnego należą do obowiązku izb robotniczych, posługujących się w tym celu instytucją dobrowolnych opiekunów, których praca jest honorowa.

Oczywistą jest rzeczą, że obecnie ustawodawstwo ochronne pracy zostanie w Austrii zrównane z obowiązującymi przepisami w Niemczech hitlerowskich.

Jeśli chodzi *o stosunki amerykańskie,* to przeprowadzona tam w roku 1912 ankieta przez stanowy komitet fabryczny wyświetliła, że w założonych tzw. „szkółkach zabaw dziecięcych" kilkuletnie dzieci „bawiły się" łuszczeniem roślin strączkowych przez 8 do 9 godzin dziennie.

Otrzymywały one bowiem wielki pęk roślin strączkowych, które musiały łuszczyć i według barw rozdzielać.

Szkółki zabaw dziecięcych założone były przez kapitalistów amerykańskich i prawdę mówiąc, były rafinowanym barbarzyństwem XX wieku.

Ustawodawstwo ochronne dzieci w Ameryce należy jednak do poszczególnych stanów i przedstawia całą mozajkę przepisów, utrudniającą skuteczne przeciwdziałanie wyzyskowi dziecięcych sił roboczych.

Na szczególną uwagę zasługiwałoby jeszcze ochronne ustawodawstwo pracy młodocianych i nieletnich *w Rosji Sowieckiej.*

Rosyjska bowiem klasa robotnicza w przedwojennej Rosji przeżywała to samo, co klasa robocza w Anglii czy w Niemczech zwalczała o całe dziesiątki lat wcześniej.

Pracownicy młodociani i nieletni odczuwali niemniej silnie brak ustawodawstwa ochronnego pracy (7).

Po wybuchu wojny światowej liczba robotników poniżej lat 17 wzrosła znacznie, a nawet brak robotników doprowadził do zniesienia zakazu pracy nocnej dla nieletnich.

Rewolucja rosyjska w lutym 1917 roku nie przynosi żadnej poprawy ustawodawstwa ochronnego pracy młodocianych i nieletnich, a następne lata wojny domowej sprzyjają raczej wysuwaniu haseł politycznych, jak rozwojowi ustawodawstwa ochronnego.

Dopiero odbyty w jesieni 1920 r. kongres sowiecki postanowił, że proletariackie państwo przyznaje młodocianym robotnikom poniżej 18 lat 6-godzinny dzień pracy, poniżej lat 16 — 4-godzinny dzień pracy; dzieciom zaś do lat 14 — w ogóle zabroniono pracy.

Poza tym przewidział kongres prawo młodocianego do 1-miesięcznego urlopu płatnego w ciągu roku oraz możność kształcenia się na koszt państwa.

Wzamian za to nałożono na młodzież obowiązek brania udziału w budowie państwa sowieckiego, jego ustroju gospodarczego itp., wciągając ją do organizacji „Komsomołu", stanowiącej najpoważniejszą część komunistycznej międzynarodówki młodzieży, będącej częścią III Międzynarodówki.

Jak w istocie przedstawia się ochronne ustawodawstwo pracy w Sowietach — możemy się raczej domyślać na podstawie docierających do nas o tym nieoficjalnych wiadomości z kraju dyktatury proletariatu.

W naszych *rodzimych stosunkach* na tym odcinku, rozwój przemysłu wielkiego, zwłaszcza włókienniczego, jak również i przemysł chałupniczy stworzyły w b. Kongresówce duże zapotrzebowanie pracy dzieci i kobiet — ze względu na ich taniość.

Do czasu uzyskania niepodległości na terenie zaborów, obowiązywały nas ustawy zaborców, które w Austrii i Niemczech wyżej omówiono.

W zaborze rosyjskim ustawa z roku 1845 zabraniała pracy nocnej dzieci, ustawa z roku 1882 zakazywała pracy dzieci poniżej lat 12, a pracę młodocianych od 12 do 15 lat ograniczała do 8 godzin dziennie.

Przepisy te jednak miały raczej charakter iluzoryczny.

Zagadnienie ochrony pracy młodocianych i nieletnich zostało u nas uregulowane dopiero ustawą z dnia 2. VII. 1924 r. w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet, ogłoszoną w Dzienniku Ustaw R. P. z dnia 29. VII. 1934 r. nr 65, poz. 636.

Ustawa ta obejmuje osoby zatrudnione w zakładach pracy przemysłowych, górniczych, hutniczych, w handlu, biurowości, komunikacji i przemyśle oraz innych zakładach pracy, choćby na zysk nie obliczonych, a prowadzonych w sposób przemysłowy, niezależnie od tego, czy te zakłady pracy są własnością prywatną, państwową czy samorządową.

W myśl art. 2 przytoczonej ustawy, pod pojęcie młodocianych w rozumieniu tej ustawy, podpadają osoby płci obojga, w wieku od 15 do ukończonych 18 lat.

Ustawa ta postanawia, że zatrudnianie młodocianych i kobiet jest zabronione w warunkach, w których praca jest szczególnie niebezpieczna lub szkodliwa dla zdrowia oraz przy robotach ciężkich lub niebezpiecznych dla zdrowia, moralności i dobrych obyczajów, a w szczególności zabronione jest zatrudnianie kobiet przy transmisjach, przy procesach chemicznych, oddziaływujących szkodliwie dla organizmu i przy dźwiganiu ciężarów (8).

W myśl art. 5 tej ustawy — przyjmowanie do pracy zarobkowej dzieci przed ukończeniem 15 roku życia jest wzbronione.

Zgodnie zaś z art. 6 przytoczonej ustawy — młodocianych wolno przyjmować do pracy tylko wówczas, jeżeli przedstawią świadectwo z ukończenia 15 lat, zezwolenie przedstawiciela władzy rodzicielskiej lub opiekuńczej oraz dowód z wykonania obowiązku szkolnego.

Poza tym winien młodociany przedstawić świadectwo lekarza, wskazanego przez inspekcję pracy, że dana praca nie przekracza jego sił.

Świadectwa takie są bezpłatne i nie podlegają opłacie stemplowej.

Na podstawie takiego świadectwa lekarskiego, inspektor pracy może zakazać zatrudniania młodocianego przy danej pracy, wskazując równocześnie, przy jakiej pracy może być on zatrudniony.

Odpoczynek nocny młodocianych winien trwać co najmniej 11 godzin bez przerwy i obejmować w zakładach, pracujących na jedną zmianę — czas między godziną 8 wieczorem, a 6 rano, a dla zakładów pracujących na dwie zmiany — czas między godziną 10 wieczorem, a 5 rano.

Zakaz pracy nocnej nie stosuje się do młodocianych płci męskiej, poniżej ukończonych lat 16.

Ustawa powyższa przewiduje pewne odchylenia od tych norm dla względów natury wyższej lub względów gospodarczych.

I tak np. w kopalniach węgla, praca pomiędzy godziną 10 wieczorem, a 5 rano może być dozwolona wówczas, jeśli przerwa między dwoma okresami pracy wynosi co najmniej 15 godzin.

Nie jest ona natomiast dozwolona w żadnym razie, jeżeli przerwa ta wynosi mniej, niż 13 godzin.

Nadto w myśl art. 9 tejże ustawy — młodociani są obowiązani do uczęszczania na naukę dokształcającą lub dla analfabetów, przy czym do obowiązkowych godzin pracy wlicza się godziny nauki zawodowej i dokształcającej w szkołach dla młodocianych uczniów, terminatorów i praktykantów w liczbie, nie przekraczającej 6 godzin tygodniowo.

Zatrudnianie zaś młodocianych w godzinach nadliczbowych, z wyjątkiem wypadków przewidzianych w art. 6 pkt. a ustawy z dnia 18. XII. 1919 r. o czasie pracy w przemyśle i handlu, jest wzbronione (Dz. U. R. P. nr 20, poz. 7).

Pracodawcy, zatrudniający młodocianych, są obowiązani prowadzić wykaz młodocianych według wzoru ustalonego przez Min. Op. Społ.

Wykaz ten obowiązani są przedłożyć na żądanie organom inspekcji pracy. Taki sam wykaz ma być wywieszony w widocznym miejscu i wskazywać spis młodocianych, początek i koniec pracy oraz przerwy w pracy, jako też rodzaj prac, wykonywanych przez młodocianych.

Na podstawie art. 24, ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym — badanie młodocianych przeprowadzają ubezpieczalnie społeczne przez swoich lekarzy bezpłatnie i orzeczenia lekarskie przesyłają odpowiednim inspektorom pracy.

Jakkolwiek obowiązek ten wykonują ubezpieczalnie dobrowolnie, to jednak zagadnieniu temu poświęcają szczególną uwagę, o czym świadczą wydane w tym przedmiocie liczne okólniki ubezpieczeniowych władz nadzorczych, jak okólnik: Ch. 7/33, 48/33, 150/33, 13/34, 3/36, 212/36, 60/37.

Mimo woli nasuwa się pytanie, dlaczego ubezpieczalnie wykazują tak duże zainteresowanie zagadnieniem ochrony pracy pracowników młodocianych i nieletnich.

Otóż jest niezbitym pewnikiem, że wybór zawodu nieodpowiedniego, ze względu, czy to na zły stan całego organizmu, czy też tylko na pewne wady organiczne, czy konstytucjonalne, mści się na takim pracowniku przez całe życie i zatruwa mu je.

Od takich przykrości ma uchronić młodocianego badanie lekarskie.

Lekarz ubezpieczalni wydaje bowiem orzeczenie, czy dany pracownik młodociany nadaje się do obranego przez się zawodu, czy też winien obrać zawód inny i wskazuje, jaki zawód dla danego pracownika młodocianego byłby najodpowiedniejszy.

Niestety, niedocenia się jeszcze u nas całkowicie znaczenia ochrony pracy młodocianych i nieletnich.

Działalność niektórych inspektoratów pracy nie stoi dotychczas na wysokości zadania. Ograniczają się one bardzo często tylko do wezwania pracodawcy, aby skierował młodocianego do ponownego badania lekarskiego, ponieważ lekarz w orzeczeniu swoim, przesłanym przez ubezpieczalnię do inspektora, takie zastrzeżenie postawił.

A tymczasem lekarze domowi lub specjalnie upoważnieni lekarze do badania młodocianych w ubezpieczalniach większych, jak Warszawa, Łódź, Poznań, Lwów, Sosnowiec itp. stwierdzają niejednokrotnie, na podstawie samych wywiadów, zebranych od młodocianych, że warunki pracy w niektórych zakładach są wprost karygodne. I tak miałem możność dowiedzenia się w czasie lustracji poszczególnych ubezpieczalni od lekarzy, że np. pewna huta szkła w Wielkopolsce zatrudnia młodocianych, którzy pracują po 12 godzin dziennie.

W innej znowu ubezpieczalni w Małopolsce stwierdziłem, że pracodawca zatrudnia młodocianych w fabryce wyrobów żelaznych i zmusza ich do dźwigania ciężarów, wynikiem czego było powstanie przepuklin pachwinowych u kilku młodocianych.

Lekarze ci nie mogli sami skontrolować warunków pracy w takich zakładach, nie mając ku temu uprawnień, a gdy chcieli odbyć inspekcję wspólnie z inspektorem pracy, wówczas pracodawca na to się nie zgodził, tłumacząc się, że obcych ludzi na teren swojego zakładu nie może wpuszczać, z uwagi na tajemnice zawodowe zakładu.

Toteż na uwagę i podkreślenie zasługują uchwały i wnioski podjęte na IV zjeździe inspektorek pracy do spraw ochrony pracy kobiet i młodocianych, odbytym w Warszawie w dniach 21 i 22 czerwca 1935 r. (9).

Zjazd powyższy uchwalił:

a) konieczność stałej kontroli lekarskiej, dotyczącej badania młodocianych, przeprowadzanych przez ubezpieczalnie społeczne. Zdaniem zjazdu, dla takiej kontroli powinien Zakład Ubezpieczeń Społecznych powołać specjalną wewnętrzną komórkę,

b) zachowanie odrębnych ośrodków dla badania młodocianych, prowadzonych przez lekarzy specjalnych,

c) powierzenie badań w większych fabrykach lekarzom domowym danego rejonu fabrycznego, a nie według miejsca zamieszkania ubezpieczonego, jak to obowiązuje przy organizacji lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych, opartej o system lekarza domowego,

d) kontrolę badań nieszczęśliwych wypadków przy pracy wśród młodocianych,

e) rozszerzenie znajomości różnorodnych czynników, powodujących nieszczęśliwe wypadki wśród młodocianych i kobiet,

f) rozszerzenie znajomości robót niebezpiecznych, nie włączonych do obowiązującego spisu robót, zabronionych młodocianym i kobietom.

Z powyższych rezolucji zjazdowych wynika, że organa kontrolne ochronnego ustawodawstwa pracy młodocianych i nieletnich kierują wyraźnie to zagadnienie na tory działalności lekarskiej, podkreślając niedwuznacznie, że ochrona pracy i zdrowia pracowników młodocianych i nieletnich nie da się przeprowadzić bez ścisłego współdziałania z czynnikami lekarskimi.

Taką zaś płaszczyzną współpracy organów kontrolnych ustawodawstwa ochronnego z czynnikiem lekarskim są ubezpieczalnie społeczne, przeprowadzające badania pracowników młodocianych przez swoich lekarzy.

Otóż na podstawie sporządzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zestawienia badań młodocianych, przeprowadzonych przez ubezpieczalnie społeczne w roku 1937 można stwierdzić:

że w roku 1937 zbadano ogółem	36.091 młodocianych
z tego chłopców po raz pierwszy	19.133
z tego chłopców po raz drugi	6.702
dziewcząt po raz pierwszy	6.945
dziewcząt po raz drugi	3.311
Uznano za niezdolnych do pracy ogółem	504
Z tego chłopców	378
dziewcząt	126

Co się tyczy przyczyny niezdolności do pracy pracowników młodocianych, to najczęstszą i najliczebniejszą przyczyną była:

gruźlica narządów oddechowych	65 przyp.
choroby narządów krążenia	61 „
choroby narządów oddechowych (poza gruźlicą)	39 „
niedokrwistość, osłabienie, słaba budowa	61 „
wiek za młody	71 „

Inne przyczyny były mniej liczne i nie posiadają większego znaczenia, nie stanowią też większego niebezpieczeństwa dla zdrowia młodocianych.

Nadmienić przy tym należy, że wymienione wyżej liczby zbadanych młodocianych nie obejmują osób zatrudnionych w rolnictwie i służbie domowej, a więc gałęziach pracy, zatrudniających bardzo duże liczby młodocianych, gdzie ustawodawstwo ochronne pracy miałoby bardzo wdzięczne pole do pracy.

Nie obejmują one również terenu działalności kas chorych na Górnym Śląsku, gdzie lecznictwo ubezpieczeniowe, w szczególności ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oparte jest o całkowicie inny system i organizację.

Samo jednak ustawodawstwo ochronne nie wystarcza dla należytej ochrony pracy i zdrowia pracowników młodocianych i nieletnich. Wiemy bowiem, że najpiękniejsze nawet hasła, czy ustawy mogą mieć znaczenie tylko teoretyczne, jeśli nie znajdują należytego oddźwięku i zastosowania wśród wykonawców.

Skoro zaś wykonawcy ustaw nie mają dla nich zrozumienia, to należy to zrozumienie wpoić w nich choćby drogą posłuszeństwa dla władzy państwowej. Możemy sobie, niestety, śmiało powiedzieć, że jeśli ochrona pracy młodocianych i nieletnich jest dotychczas niezbyt skuteczna, to przyczyna tego zjawiska tkwi w tym, że znaczna część pracodawców stara się omijać przepisy ustawy i że kary za przekroczenia tej ustawy nie są dość surowe.

Młodocianych pracowników nikt poza ustawodawcą i jego organami kontrolnymi, a więc u nas inspektorami pracy nie broni, podczas gdy dorośli robotnicy, zagwarantowanych sobie ustawodawczo praw bronić potrafią zarówno sami, jak i przez swoje organizacje zawodowe.

Jeśli bowiem dorosły robotnik ma w niedzielę zagwarantowany zupełny spoczynek, to dzieci właśnie w niedzielę bywają często najbardziej wyzyskiwane, bo właśnie w niedzielę nie idą do szkoły, więc należy je wykorzystać.

Toteż obserwuje się niemal powszechnie, iż po wakacjach dzieci na skutek nadmiernej pracy są słabsze i mizerniejsze, aniżeli przed rozpoczęciem nauki.

Najbardziej może niebezpiecznym dla dzieci jest przemysł domowy, chałupniczy, nie podlegający ustawodawstwu ochronnemu, a także bardzo wyzyskujący pracę dzieci i młodocianych.

Co gorsze, wyzysk pracy dzieci odbywa się często w rodzinie, w sposób znacznie większy, jak w innych obcych zakładach pracy, ustawowo kontrolowanych.

Podobnie przedstawiają się stosunki w rolnictwie, handlu oraz w przemyśle gospodnio-szynkarskim.

Nie trzeba chyba udowadniać, że praca zarobkowa dzieci wyrządza im ogromne szkody, albowiem pozbawia ich nie tylko radości i zabaw wieku dziecięcego, lecz również wywiera cały szereg zmian somatycznych, odbijających się ujemnie na organizmie dziecka oraz na jego sprawności umysłowej.

Również i pod względem duchowym, jak i moralnym nie działa ona korzystnie, gromadząc w młodocianym sercu gorycz i ból przeciw piętnu ubóstwa i konieczności pracy, zwłaszcza gdy rówieśnicy w około zażywają swobody i zabaw.

Nie wspominam już o możliwościach demoralizacji, jakie niesie praca zarobkowa dzieci, zwłaszcza dziewcząt, na skutek stałego obcowania z dorosłymi, czego następstwem są przestępstwa, które wśród młodocianych szerzą się wprost zastraszająco.

Pamiętać o tym musimy, jak to głosi Szererowa, że dopóki nie usuniemy nędzy ludu pracującego i towarzyszącej mu konsekwentnie pracy zarobkowej dzieci, tak długo ustawodawstwo ochronne pracy młodocianych będzie fikcją.

Chcąc więc ograniczyć pracę zarobkową dzieci, należy dać ich rodzicom pewne odszkodowanie za tę pracę dzieci.

Nie wystarczy tu troszczyć się o te dzieci, zająć się ich nauką i odżywianiem, lecz trzeba uświadomić jeszcze ich rodziców, iż nie wolno im własnych dzieci wyzyskiwać, bo właśnie przez uwolnienie dzieci od pracy, uwolni się klasę robotniczą od owej „nieuczciwej konkurencji", jaką jest taniość dziecięcych sił roboczych. Dzieci zaś kosztem własnego zdrowia, starają się dorównać pracy starszych.

Opieka nad młodocianym robotnikiem jest palącą koniecznością, bo przecież robotnicy młodociani wstępujący do pracy, znajdują się, według Kłuszyńskiego, w tym okresie biologicznym, który rozstrzyga o całym ich życiu.

Młodociany bowiem przechodzi wprost z ławy szkolnej i spod opieki rodziców do warunków pracy, którym ustrój jego nie jest w stanie podołać.

Stąd tak szybko ujawnia się ujemny wpływ tej pracy, zwłaszcza jeśli czas pracy dzieci równy jest czasowi pracy dorosłych.

Toteż Kłuszyński w przedmowie swojej do pracy Waściszakowskiego (10) domaga się nie tylko opieki lekarskiej i społecznej nad młodocianymi, lecz wysuwa konieczność stosowania wczesnej profilaktyki wśród młodocianych, którzy przecież już „jutro" staną się ważnym czynnikiem obywatelskim.

Wychodząc z założenia, że ustawodawstwa ochronnego pracy młodocianych i nieletnich, a więc ochrony pracy dopilnują odpowiednie organy, ku temu specjalnie powołane — mam wrażenie, że *obowiązkiem instytucji ubezpieczeń społecznych jest myśleć o ochronie zdrowia młodzieży zarobkowo pracującej, przez należytą organizację urlopów młodzieży,* jak to się już stosuje w Austrii, Włoszech i Niemczech.

Prawo bowiem do odpoczynku spędzanego wśród słońca i przyrody, jak to pisze Błaszczykowa (6), dającego pokrzepienie sił fizycznych i zapas nowych wrażeń oraz przeżyć potrzebnych dla rozwoju duchowego, jest równie ważne, jak prawo do pracy i ubezpieczenia na wypadek choroby.

Krachelska (11) zaś powiada, że rabunkowej gospodarce, prowadzonej z największym skarbem kraju, to jest dziećmi i młodzieżą, należy przeciwstawić pozytywną ideę racjonalnego spożytkowania twórczych sił polskiej młodzieży robotniczej, w drodze przysposobienia jej do pracy zawodowej, do udziału w produkcji, bez szkody dla rozwoju fizycznego jednostki i dla rozwoju jej osobowości.

Dlatego domaga się ona rozszerzenia opieki lekarskiej nad młodocianym robotnikiem przy pracy i możności częstszej inspekcji zakładów pracy przez lekarzy.

Jeśli sprawa przeprowadzenia przez lekarzy ubezpieczalni inspekcji i kontroli warunków pracy w poszczególnych zakładach jest zagadnieniem ważnym i zasługuje na ustawowe jej uregulowanie, to sprawa organizowania urlopów wypoczynkowych dla pracowników fizycznych, a w szczególności młodocianych, wkracza już na realne tory.

Ubezpieczalnie społeczne niektóre samorzutnie, a inne przy współudziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dopiero od niedawna, bo niespełna od 2 lat przystąpiły konkretnie do realizowania swojego planu, mającego na celu ochronę zdrowia klas pracujących.

Zapoczątkowano akcję, zmierzającą do racjonalnego wykorzystania przez robotników i robotnice, zwłaszcza młodociane, należnego im od pracodawcy 14-dniowego urlopu wypoczynkowego.

Urządzono i urządza się dalej cały szereg obozów wypoczynkowych przez poszczególne ubezpieczalnie w rozmaitych, pięknie położonych miejscowościach, oraz wykorzystuje się istniejące tego rodzaju obozy Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego i trzeba przyznać, że uzyskano już nadspodziewane wprost wyniki w tej czynności zapobiegawczej.

Praca ta bowiem w okresie zimowym 1937/38 roku objęła 1015 osób młodzieży robotniczej obojga płci, zatrudnionych w przemyśle i rzemiośle, w tym 828 chłopców i 187 dziewcząt, którzy przebyli na urlopie 14.210 dni.

Koszty pobytu w obozach zimowych, a więc koszty utrzymania, wyekwipowania uczestników, dojazdów kolejowych itp. pokrył Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Koszt ten wynosił około 3 zł dziennie od osoby.

W okresie letnim 1937 r. w koloniach leczniczo-wypoczynkowych dla ubezpieczonych — skierowano przez ubezpieczalnie społeczne do kolonij wypoczynkowych lub do obozów 2.174 pracowników młodocianych, w tym 1.422 chłopców i 752 dziewcząt, którzy spędzili tam 31.060 dni, kosztem 69.262 zł.

Razem zatem z zimowej i letniej akcji kolonijno-wypoczynkowej korzystało 3.189 osób spośród pracowników młodocianych, wykorzystując 45.270 dni pobytu, kosztem 139.450 zł (12).

Należy się spodziewać, że to zbożne dzieło będzie nadal przez ubezpieczalnie kontynuowane i przywróci dobre imię ubezpieczeniom społecznym oraz wróci zaufanie ubezpieczonych do instytucji ubezpieczeń społecznych, a uczyni to skuteczniej i pewniej, jak wszelka inna propaganda i drogo płatna reklama.

Rozwój wspomnianej akcji jest tym pewniejszy na przyszłość, że Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pod przewodnictwem gen. dr Rouppert a, na posiedzeniu w dniu 8. XI. 1937 r. powzięła uchwałę, stwierdzającą, *iż akcja prowadzenia obozów wypoczynkowych dla pracowników młodocianych powinna być nadal przez Z. U. S. kontynuowana* i to, o ile możności, jeszcze w szerszym zakresie, obejmującym ze względów zapobiegawczych jak najszersze rzesze pracowników młodocianych, przy równoczesnym, możliwie najdokładniejszym wyborze materiału ludzkiego, a więc wyborze z punktu widzenia skłonności do takich chorób, jak gruźlica lub gościec.

Atoli akcja obozów wypoczynkowych dla pracowników młodocianych oraz działalność kolonii i półkolonii letnich o charakterze wypoczynkowym dla młodzieży szkolnej i przedszkolnej — obejmują, niestety, tylko jedną część, tj. *miejskich pracowników*.

Wieś leży tu odłogiem i niewiadomo jak długo tym odłogiem będzie jeszcze leżała, co dla Polski, jako kraju o charakterze przeważnie rolniczym, czerpiącym swoje dochody i korzystającym z rekruta głównie ze wsi, nie może być sprawą obojętna.

O tym należy nam stale pamiętać i to mieć szczególnie na uwadze — *że do udziału w profilaktyce narodowej musi być dopuszczona pracująca młodzież i dzieci ze wsi.*

W stosunku do dzieci nie da się zastosować parafrazy znanego przysłowia „że pracą dzieci się wzbogacą", szczególnie pracą zarobkową, bo właśnie praca zarobkowa dzieci niszczy już w zarodku wszelkie zdolności i siły i budzi niechęć do pracy, a natomiast twórcza, niekrępowana praca dzieci, uwzględniająca potrzebę ich czynu, ich fizjologicznej ruchliwości i indywidualności może w nich wzbudzić zamiłowanie do pracy i jej poszanowanie oraz wyrobić w nich na przyszłość cechy samodzielności, energię i hart ducha.

Jeśli bowiem potrafimy w ten sposób przeprowadzić ochronę pracy dzieci i ich zdrowia, możemy spokojnie złożyć w ich ręce przyszłość Państwa i mieć to przekonanie, że potrafią jego losami należycie pokierować i że nie ulegną wrogim podszeptom i nawoływaniom do walki klasowej, stanowiącej kość niezgody w każdym społeczeństwie i doprowadzającej do takich zaburzeń społecznych, jakich świadkiem byliśmy w Rosji, a obecnie w Hiszpanii.

Toteż pracując systematycznie i celowo nad ochroną pracy i zdrowia młodzieży zarobkowo pracującej — możemy być pewni, że wysiłki nasze nie pójdą na marne, gdyż od zdrowia zarówno fizycznego jak i moralnego młodzieży, stanowiącej zawsze i wszędzie o przyszłości narodu — zależy jego potęga ducha, jego krzepkość i jego zdrowie.

Piśmiennictwo

1) J. Deutsch: Die Kinderarbeit und ihre Bekämpfung. Zürich 1907. — 2) A. Szererowa: Z historii rozwoju pracy dzieci. Sosnowiec 1922. — 3) Fr. Engels: Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Stuttgart 1892. — 4) H. Herkner: Kwestia społeczna w Zachodniej Europie. — 5) K. Marks: Das Kapital. I. Band. III. Auflage. 1893. — 6) W. Sztetnerowa i M. Błaszczykowa: Młodzież robotnicza w Austrii. — 7) Dr Kl. Mehnert: Młodzież w Rosji Sowieckiej. 1933 (tłumaczenie z niemieckiego H. Weisowej). — 8) E. Piotrowski: Zagadnienie ochrony pracy ubezpieczonych kobiet ciężarnych i położnic w świetle prawa i rzeczywistości. Pol. Gaz. Lek. Nr 41. 1937. — 9) Praca i Opieka Społeczna. Rok XV, 1935, str. 217. — 10) L. Waściszakowski: Pracownicy młodociani w świetle badań Kas Chorych. Warszawa 1933. — 11) H. Krachelska: Praca dzieci i młodocianych w Polsce. Warszawa 1928. — 12) Sprawozdanie z akcji kolonijnej i leczniczo-kolonijnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalni Społecznych za lata 1936—1937. Warszawa 1938. Wydawnictwo Z. U. S.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 41. 1938. Biro M.: Choroba Little'a a zaburzenia psychiczne (dok.). — Chanarin J.: Dychawica oskrzelowa w obrazie rentgenowskim (dok.). — Macewicz P.: Higiena pracy i zawodoznawstwo (dok.).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 21. 1938. Sas Wisłocki J.: Wolne zawody i wybory samorządowe. — Dydyński L.: W sprawie polskiej prasy lekarskiej wydawanej przez wytwórnie farmaceutyczne. — Piotrowski K.: Lekarz a rozwój polskiego przemysłu farmaceutycznego. — Jur A.: Ubezpieczenie na wypadek choroby na Śląsku Zaolzańskim. — Orłowski E.: Organizacja społecznej opieki lekarskiej w Anglii.

Medycyna Praktyczna. Z. 18. 1938. Bross K.: Korespondencja dra Ludwika Gąsiorowskiego z Józefem Gwalbertem Pawlikowskim. — Lorenz T.: Narkoza dożylna w urologii. — Grzędzielski J.: O krwotokach podpajęczynówkowych (c. d.). — Kubikowski P.: Wpływ środków przeczyszczających na czynność motoryczną jelit (c. d.).

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr 10. 1938. Obarski Fr.: Utonięcie (c. d.).

Wiedza Lekarska. Nr 10. 1938. Reicher E.: O powstawaniu i leczeniu nadczynności tarczycy ze szczególnym uwzględnieniem wieku młodzieńczego.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 44. 1938.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 45. 1938.

Prasa Lekarska. Nr 11. 1938. Pflaumer E.: O krwiomoczu. — Higier St.: Nerwice płciowe.

Therapia Nova. Nr 10. 1938. Zatorska A.: Lecznicze stosowanie hormonu kory nadnercza. — Feldman A.: Najnowsze metody leczenia rzeżączki środkami chemoterapeutycznymi (dok.).

Klinika Współczesna. Nr 10. 1938. Rawicz St.: Grupy schorzeń tzw. artretycznych.

Wiadomości Lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Nr 4. 1938.

Położna. Nr 9—10. 1938.

Młoda Matka. Nr 21. 1938.

Sad i Owoce. Nr 5. 1938.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 10. 1938.

OCENY

Ogród Zdrowia (Garten der Gesundheit). MAX WINCKEL. Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Berlin 1938. Str. 62. Cena: 1 M. 80 Pf.

Autor usprawiedliwia napisanie tej książeczki chęcią polecenia uprawy ogródków, które stanowią nie tylko źródło dochodu, ale i źródło szczęścia, ozdobę życia i starości. W następnych rozdziałach rozważa znaczenie ogrodu dla odżywiania dziecka, potem znaczenie, jako warsztatu pracy duchowej, zapewne i cielesnej, jako pole doświadczalne i pomoc materialna. Oblicza ilości potrzebne do wyżywienia rodziny przez zimę, nie biorąc pod uwagę tanich ziemniaków, które dostać można wszędzie, tylko raczej oblicza ilości potrzebne kapusty, marchwi i sałaty. W tablicach załączonych podaje miesiące uprawy, ilość nasienia, porę siania lub sadzenia, wreszcie porę zbiorów. To samo podane jest w następnej tablicy z uwzględnieniem cen i obfitości podaży w każdym miesiącu. Podane są przy tym zioła lecznicze, wreszcie zawartość witamin i znaczenie jarzyn i owoców dla zdrowia i wzrostu. Broszurka ta pisana z dużą dozą liryzmu ma na celu zachęcenie do uprawiania ogrodków i podając wyżej wspomniane szczegóły: ilość ziemi, nasienia, zbiorów — ułatwi zastosowanie w praktyce tych nabożnych życzeń.

W. Moraczewski (Lwów).

Nauka o dziedziczności. R. GOLDSCHMIDT. Biblioteka wiedzy. Tom 38. Nakładem Trzaska, Evert i Michalski. Warszawa 1938. Cena: 12 zł. Str. 208, 50 ilustracyj.

Cenne dziełko bardzo znanego badacza wprowadza w sposób popularny w główne zasady nauki o dziedziczeniu. Po wyłożeniu bardzo dokładnym, a przecie dostępnym, głównych zjawisk zachodzących przy akcie zapłodnienia, podaje autor prawa dziedziczenia, regresji i dominowania cech, prawa Mendla i prawa

w wypadku regresywnych lub przeważających cech itp. Dalej wyłożone są prawa dziedziczenia w łączności z płcią, współdziałanie i dodawanie cech dziedzicznych oraz ich powstawanie, to jest tak zwana mutacja. Ogólniejszymi uwagami dotyczącymi ludzkości kończy autor ten szkic. Bardzo cenne są rysunki objaśniające bardzo przejrzyście prawa obowiązujące w genetyce, podział i sprzężenie chromosomów, odmiany zachodzące przy mendlowaniu u muszki owocowej i kwiatów. Wydanie bardzo ładne, druk dobry podnoszą wartość książki.

Jak zwykle spotyka się bardzo liczne błędy językowe i wyrażenia, które napróżno usiłują tępić znawcy języka: Laik zamiast niefachowy lub niepowołany — niezdarne zaadoptowanie słowa niemieckiego „der Laie", „załóżmy" zamiast przypuśćmy, „reguła" zamiast prawo, „pojedynczy" zamiast odosobniony lub poszczególny, „pokrywa się" zamiast zgadza się itp. Nie obniża to przecie wartości dziełka, które godnie stanąć może w szeregu cennych popularyzacyj Biblioteki Wiedzy.

W. Moraczewski (Lwów).

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1938. XIII wydanie. Redaktor dr Henryk Liebling.

Jak poprzednie wydania, odznacza się ten kalendarz bardzo obfitą i cenną treścią. W przeglądzie piśmiennictwa za rok ubiegły umieszczono nowe leki w porządku alfabetycznym chorób. Wyliczone są z kolei sposoby utrzymania w należytym stanie narzędzi, opisane są najważniejsze i najczęstsze zabiegi lekarskie, pierwsza pomoc w wypadkach, kliniczne badania czynności nerek, wątroby itp. Analiza krwi i moczu, badanie surowic i szczepionek; zasady żywienia, witaminy i awitaminozy znalazły należyte ocenienie i opisanie. Potem następuje szczegółowy opis zabiegów lekarskich, jak kąpiele, elektrolecznictwo, leczenie promieniami itp. Najważniejsze wiadomości z zakresu położnictwa, diety dzieci, waga dzieci, wymiary i czas ząbkowania zajmują dalsze rozdziały. Traktowane jest osobno zatrucie i sekcje sądowo-lekarskie, słowem jest to zwięzłe powtórzenie tego, co lekarz wiedzieć powinien i kalendarzyk ten jest dzielnym doradcą lekarza praktykującego, dając mu wskazówki prawie w każdej dziedzinie jego czynności. Oczywiście dział rozpoznawczo-leczniczy zajmuje pokaźne miejsce (368 str.) i zawiera liczne leki, zazwyczaj krajowego pochodzenia. Spis tych leków, alfabetyczny, bardzo cenny i bardzo kompletny, obejmuje około 200 str. i połączony jest z działem opisującym zastosowanie wedle swoistego działania leków — zatem znieczulające, „nasercowe", moczopędne itd. Poza tym wymieniono mieszaniny nie zgadzające się ze sobą, dawki najwyższe, dawki dziecięce i tabelę kroplową, nawet pożyteczne wiadomości o wywabianiu plam.

Spis zdrojowisk wedle ich działania, najważniejsze wiadomości o balneoterapii, spis zdrojowisk zagranicznych i porównanie ich ze zdrojowiskami krajowymi kończy tę małą encyklopedię, która prócz tego, pomiędzy przepisami i wiadomościami zawiera liczne ogłoszenia zarówno czasopism, jak lekarzy i środków spożywczych.

W. Moraczewski (Lwów).

Życie i odżywianie (Leben und Ernährung). MAX WINCKEL. Str. 86. Cena: 2 M. Deutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Berlin 1938.

Autor poprzednio omówionego dziełka „Ogród Zdrowia", przedstawia w formie równie lirycznej i wielomównej zależność człowieka od ziemi i jej wytworów. Obok zupełnie zbytecznych ukłonów dla rozmaitych możnych prawodawców, znajdujemy w tej broszurce kilka przepisów godnych uwagi. Polecone jest zmniejszenie ilości tłuszczów ze 100 na 80, białka o 10%, obniżenie kaloryj do 2.900. zaspakajanie potrzeby białka raczej serem, mlekiem i chlebem, używanie więcej witamin i soli mineralnych. W nawiasie podkreślić trzeba, że wedle M. Rubnera (1930 r.) takie ograniczenie jest raczej zbyteczne, bo jego badania wykazały zużycie białka w Niemczech 87 g, tłuszczów 60 g, węglowodanów 428 g, a ogólnych kaloryj 2.770.

Zestawienie tych cyfr wskazuje, na jak dziwnych podstawach autor opiera swoje rady. Wyłuskawszy z tych raczej niesmacznych frazesów wspomniane wyżej rady, można by przytoczyć inne zasady (str. 68 do 69) dość roztropne, które zmierzają do wprowadzenia większej ilości witamin, bez których teraz żaden dietetyk obejść się nie może i ograniczenia spożywania mięsa a zastąpienia go przez inne białka. Zwrócono słusznie uwagę na zużytkowanie odpadków.

Cenniejsze może jeszcze jest zalecane przez autora wykształcenie kobiet w sztuce gotowania i może zcentralizowanie przyrządzania potraw, na które zresztą autor może za mało zwraca uwagi. Niewątpliwie kierowało autorem wzniosłe uczucie miłości ojczyzny i jej opiekunów, ale broszurka zyskałaby na tym, gdyby więcej w niej było danych, a mniej frazesów.

W. Moraczewski (Lwów).

Borowiny, muły i ziemie lecznicze (Moore, Schlamme, Erden). W. BENADE. Dresden-Leipzig 1938. Th. Steinkopff. Str. XII + 148. Cena 9 M.

Benade prowadzi dział analiz torfów i ziem wszelkiego rodzaju w pruskim Zakładzie Geologicznym w Berlinie i jest doradcą w tym dziale centralnej organizacji uzdrowiskowej w Niemczech. Publikacja powyższa przedstawia szczegółowo przyrodę i chemiczno-fizykalne właściwości tych trzech grup materiałów kąpielowych oraz balneotechnikę uwzględniającą osobliwości tych materiałów na podstawie doświadczeń zdrojowisk niemieckich. Borowiny, muły, glinki, lessy, ziemie okrzemkowe i kredy, używane do celów kąpielowych, a określane zbiorową nazwą „peloidów" są obecnie przedmiotem szczególnego zainteresowania wyznawców *„der naturnahen Medizin"* w Niemczech Naukowo przyrodą ich i właściwościami zajmuje się międzynarodowa komisja peloidów *Intern. Society of Medical Hydrology,* w której Benade poważne zajmuje miejsce. Dziełko jego objaśnione 30 rycinami i wieloma tablicami jest wyczerpującym omówieniem wszystkiego, co nowe i najnowsze badania przyrodnicze, fizykalne, techniczne i chemiczne przyniosły z podaniem całej bibliografii. Rzecz warta czytania przez wszystkich, którzy z kąpielami peloidowymi mają do czynienia lub badają i oceniają te materiały.

A. Sabatowski (Lwów).

Druskieniki — w setną rocznicę założenia. Nakł. Komisji Zdrojowej. Wilno 1938. Str. 188.

Jest to nie tylko pamiętnik uroczystości jubileuszowych w dniu 30 maja 1937 r. (ta część zajmuje tylko 40 stron), ale także zbiór referatów naukowych wygłoszonych w r. 1937 w tamtejszym Towarzystwie Lekarskim i prac przedstawionych Radzie Naukowej przy zarządzie zdrojowiska po sezonie 1937 r. Druskieniki są pod szczególną opieką wileńskiego Wydziału Lekarskiego U. S. B., mają ekspozyturę kliniki wewnętrznej i ginekologicznej i radę naukową, w której zasiada szereg profesorów wileńskich z prof. Januszkiewiczem na czele. Odbija się to wyraźnie na pracach naukowych wykonywanych w Druskienikach i w Wilnie.

Prace zawarte w pamiętniku dotyczą: dopochwowego stosowania borowiny drusk. (A. Kwiatkowski), jej rujopędności (J. Szapiro) i jej flory bakteryjnej (Horkawiczowa, Kwiatkowski, Rymkiewiczowa), wpływu zawijań borowinowych brzucha na wydzielanie zewnętrzne trzustki (Łobza), leczenia nadciśnienia tętniczego w zdrojowisku (prof. Januszkiewicz), wpływu wziewań solanki drusk. na pojemność oddechową płuc (Dylewski i Krajewski), wpływu kąpieli kaskadowych w Druskienikach na osobniki zdrowe, leczenia w Druskienikach chorób zniekształcających kręgosłupa (Łobza), zaburzeń równowagi chlorowej w ustroju (Salitówna), znaczenia gastrotechniki w dietetyce (Łukaszewicz) i w. i.

Sprawozdania z prac dokonywanych w Druskienikach mają się i nadal ukazywać przy pomocy finansowej Komisji Zdrojowej.

A. Sabatowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Wyniki badań wpływu wzajemnej czynności wydzielniczej żołądka, a zasobu zasad i poziomu chlorków we krwi. M. LITYŃSKI i B. PANAS. Medycyna. Nr 5, 1938.

Autorzy badali wpływ histaminy, cytrynianu sodu i neptalu na wzajemne ustosunkowanie się czynności wydzielniczej żołądka, zasobu zasad i poziomu chloru we krwi z myślą wykorzystania tych wyników w klinice. Badania przeprowadzono w 40 przypadkach chorobowych, na które złożyło się 11 przypadków owrzodzeń dwunastnicy oraz 29 nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. W pierwszej grupie (16 chorych) po wstrzyknięciu 0.5 mg histaminy stwierdzono w przeważającej liczbie przypadków wzrost ZZ, w innych obniżenie, albo brak jakichkolwiek zmian. We wszystkich natomiast przypadkach kontrola po 24 godz. po wstrzyknięciu wykazała obniżenie się ZZ. Podkreślić

jednak należy, że wahania ZZ nie przekraczały wahań fizjologicznych.

W przypadkach wzmożonej kwasoty pohistaminowej stwierdzono obniżenie poziomu chlorków we krwi, poza tym we wszystkich przypadkach w 24 godz. po wstrzyknięciu wzrost ich do poziomu początkowego (przed zastrzykiem).

W drugiej grupie, obejmującej przypadki wzmożonego wydzielania soku żołądkowego, użyto cytrynianu sodu. Wpływ jego zaznaczał się we wzroście kwaśności żołądka u osobników z nadmiernym wydzielaniem żołądka, chociaż może wystąpić też i obniżenie się kwaśności treści; ZZ. ulega nieznacznemu zwiększeniu przy jednodniowym spadku chlorków.

W trzeciej grupie nadmiernego wydzielania żołądka stosowano neptal, po którym w przeważnej ilości przypadków stwierdzono obniżenie się kwaśności treści żołądka, trwające parę dni, niejednolite działanie na poziom chlorków (przeważnie obniżenie) i ZZ.

Autorzy w końcu pracy stwierdzają, że obok otrzymywania różnych wyników (zależnie od sposobu badania i innych czynników) wprowadzenie do organizmu ciał chemicznych czy biologicznych, wprawdzie może powodować zakłócenie równowagi ustroju, ale tylko na krótko, zwłaszcza że nie ulega ona łatwo zmianom dzięki stałej regulacji. Wobec tego, według autorów, próby zmiany nastawienia biologicznego ustroju na tej drodze nie mogą mieć zasadniczego znaczenia, jedynie może pomocnicze w leczeniu wrzodów żołądka czy nadkwaśności bez owrzodzeń. *St. Malczyński* (Lwów).

O wydalaniu witaminy A moczem. BOLLER R., BRUNNER i E. BRODATY. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 31. Z. 1. 1937.

Autorzy na podstawie 321 przypadków różnych schorzeń (w tym i nowotworów złośliwych), w których badali jakościowo obecność witaminy A w moczu, stwierdzili ją (niezależnie od obciążenia, czy nieobciążenia ustroju Voganem) w żółtaczce z zupełnym zamknięciem przewodu żółciowego, w przewlekłym zapaleniu nerek, w nerczycy, w zapaleniu płuc przed spadkiem ciepłoty. W przypadkach marskości wątroby odczyn również wypadał dodatnio, jednakże nie można ustalić jakiegoś związku między ciężkością przypadku, a wydalaniem witaminy w moczu. W nowotworach złośliwych wyniki nie były zgodne; odczyny dodatnie dotyczyły tych przypadków, które wywoływały zaburzenia wątroby, nerek oraz tych, które były w okresie znacznego wyniszczenia. Podobnie witaminę A w moczu stwierdzono u chorych dłużej gorączkujących, co łączy się z wyniszczeniem ustroju.

Według autorów, w genezie zjawiania się witaminy A w moczu należy liczyć się z trzema możliwościami: pierwsza łączyłaby się z przepuszczalnością nerki z powodu zaburzonej zdolności wątroby zatrzymywania (magazynowania witaminy A). Druga uzależniona jest od stanu samych nerek. Wreszcie trzecia polegać by miała na niemożności zatrzymywania witaminy A przez wątrobę i na wydalaniu jej przez zdrowe nerki. Według autorów zatem w wydalaniu witaminy A w moczu odgrywa rolę układ wątrobowo-nerkowy i dlatego w jego schorzeniach określanie witaminy A w moczu mogłoby mieć wartość rokowniczą. Godne uwagi są poza tym spostrzeżenia autorów, że w przypadkach wydalania witaminy A w moczu, poziom jej we krwi jest obniżony. Z innych spostrzeżeń warto podać, że znaczne wydalanie witaminy A w moczu można piramidonem w większych dawkach osłabić, a przy zastosowaniu mniejszych podwyższyć.

St. Malczyński (Lwów).

O humoralnej regulacji czynności gruczołów trawiennych. J. WALAWSKI. Medycyna. Nr 8. 1938.

W pracy poglądowej, opartej na danych z piśmiennictwa, jako też szkoły Czubalskiego autor mówi o regulacji czynności wydzielniczych gruczołów trawiennych (i to przede wszystkim gruczołów błony śluzowej żołądka), która odbywa się na drodze nerwowej i humoralnej. Pierwsza obejmująca fazę wydzielania psychicznego, fazę wydzielania soku po zetknięciu się pokarmu z błoną śluzową jamy ustnej, dochodzi do skutku przez nerw X; obok niego n. współczulny jest drugim nerwem wydzielniczym i to nie tyle przez wzmaganie wydzielania, ile przez zmiany zawartości części stałych soku żołądkowego. Poza tym dodać należy, że według pewnej teorii wpływ podrażnienia układu autonomicznego występuje nie bezpośrednio przez przenoszenie się stanu czynnego w nerwach, lecz wskutek wytwarzania się w zakończeniach nerwowych pewnych pośredników chemicznych, jak acetylcholiny (dla nerwu X) i adrenaliny (dla n. sympatycznego). Ze względu na to, że faza I i II istnieje za krótko, przyjmuje się dla właściwego trawienia jeszcze fazę III, dochodzącą do skutku wyłącznie już na drodze humoralnej i to na tle pewnych ciał (sekretyn) pobudzających gruczoły błony śluzowej żołądka. (Sekretyna jest to wyciąg z błony śluzowej dwunastnicy, który po dodaniu HCl, wstrzyknięty do krwi zwierzęcia daje wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego).

Dalszym etapem badań tych ciał było stwierdzenie tzw. gastryn w wyciągach z błony śluzowej żołądka, zresztą jeszcze nie całkiem wyjaśnionych. Podobne własności wydzielania soku żołądkowego stwierdzono w wyciągach z mięśni, które nazwano karnosinami. Wszystkie te ciała, krążąc we krwi, wzmagają wydzielanie soku żołądkowego. Obok nich, jak wykazały prace Zakładu Fizjologii U. J. P. i wyciągi z błony śluzowej jelit cienkich, jelita grubego, sporządzone w kwasie solnym, mają zdolności pobudzające wydzielanie soku żołądkowego pod warunkiem, że wprowadza się je wolno, celem niewywołania spadku ciśnienia krwi (przez zawartość w nich histaminy), co oczywiście nie sprzyja wydzielaniu soku żołądkowego. Zahamowanie czynności wydzielniczej, z chwilą gdy pokarm przejdzie do dolnych odcinków przewodu pokarmowego odbywa się też na drodze humoralnej przy pomocy ciał (otrzymanych z błony śluzowej jelita grubego, na podstawie prac Zakładu Fizjologii U. J. P.), które hamują wydzielanie żołądka, tym samym kwasu solnego i sekretyny, prowadząc do przejścia gruczołów trawiennych żołądka w stan spoczynku. *St. Malczyński* (Lwów).

Badanie gorączki doświadczalnej. M. BURSTEIN. Presse Méd. Nr 36. 1938.

Autor badał zachowanie się ciśnienia krwi u psów, u których wywoływał sztucznie gorączkę krótkimi falami lub podawaniem dwunitrofenolu, a następnie wstrzykiwał środki pobudzające układ wegetatywny lub wywoływał wstrząs. Ciśnienie krwi w gorączce wywołanej krótkimi falami elektromagnetycznymi z początku nieco się podnosi wraz ze wzrostem tętna i oddychania, w późniejszych godzinach spada, ale utrzymuje się na poziomie nieco wyższym od normalnego, a całkiem opada dopiero po ustaniu oddechów przy ciepłocie 44—45°. Układ naczyniowy w tej gorączce zachowuje się więc prawie normalnie. Reakcja u psów gorączkujących na wstrzyknięcie acetylocholiny lub adrenaliny jest taka sama, jak u psów normalnych. Natomiast reakcja na wstrząsy zależy od rodzaju substancji wstrząsorodnej. U psów, uczulonych na białko kurze, którym wywołano gorączkę 42°, nie można wywołać wstrząsu (spadku ciśnienia krwi), co może tłumaczyć klinicznie znane fakty, że gorączka u ludzi usuwa napady dychawicy oskrzelowej. Tak samo u psów gorączkujących do 43,5° pepton nie ma wpływu na ciśnienie krwi nawet po spadku ciepłoty, natomiast gorączka niższa (42—43°) nie chroni całkowicie przed wstrząsem peptonowym. Stan gorączkowy nie ma jednak żadnego wpływu na wstrząs histaminowy, co wskazuje, że mechanizm powstawania wstrząsów nie jest jednolity. Histamina działa na naczynia włosowate, pepton prawdopodobnie poprzez wątrobę, a wstrząs po uczuleniu białkiem zależy od zmian w tkankach. *W. Skowroński* (Lwów).

Histamina jako przenośnik chemiczny. GAJDOS A. Presse Méd. Nr 27. 1938.

Autor zastanawia się nad działaniem przeciwbólowym histaminy wstrzykiwanej śródskórnie w miejscu odczuwania bólu lub stosowanej przez jontoforezę. Ponieważ ból ustępuje po wśródskórnym zastrzyku innych ciał (nawet samej wody), przeto należy przyjąć, że sam zastrzyk wyzwala z tkanek histaminę, co następuje zresztą po innych bodźcach, jak nacierania, naświetlanie, ogrzewanie itp. Autor przypuszcza, że istnieją w skórze specjalne nerwy histaminowe tak, jak znany jest układ adrenalinowy (sympatyczny) i cholinowy (parasympatyczny), których pobudzenie wyzwala odpowiednie substancje chemiczne.

Histamina odgrywa ważną rolę w powstawaniu chorób tzw. alergicznych, np. w pokrzywce, dychawicy oskrzelowej itp., ponieważ zazwyczaj nie udaje się wykryć swoistego wywoływacza. W tych samych stanach histamina jest przenośnikiem chemicznym wywołującym zaburzenia chorobowe, za czym przemawiają dodatnie wyniki lecznicze, uzyskiwane przy pomocy odczulenia histaminą. *W. Skowroński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Uwagi o chemioterapii chorób bakteryjnych. C. LEVADITI. Presse Méd. Nr 30. 1938.

Autor omawia historię odkrycia (w r. 1935) prontosilu i jego bezbarwnych pochodnych sulfoamidowych. W ciągu kilku lat ogłoszono bardzo dużo prac klinicznych i doświadczalnych, dotyczących działania bakteriobójczego tych związków. Stwierdzono bardzo dobre wyniki w leczeniu chorób wywołanych przez streptokoki, meningokoki i pneumokoki, a obecnie również za-

częto stosować te związki w leczeniu rzeżączki. W badaniach doświadczalnych przekonano się, że działanie bakteriobójcze mają związki z grupą sulfamidową, sulfonową, tlenkosiarkową lub siarkową, a ilość takich preparatów syntetycznie wytworzonych przez chemików przekroczyła już półtora setki. W każdym państwie zaczęto wytwarzać swoje preparaty. W leczeniu rzeżączki stosuje się w Niemczech Uliron, we Francji Rodilone itd. Po pierwszych okresach entuzjazmu nastąpiło jednak otrzeźwienie, ponieważ okazało się, że środki te działają leczniczo i skracają okres leczenia rzeżączki, ale w takich dawkach, które wywołują zatrucie (przypadłości skórne, zmiany we krwi itp.). Stosowanie tych środków przez samych chorych może być powodem poważnych zaburzeń. Szczególnie nowo wprowadzone związki bezbarwne odznaczają się jadowitością większą, od mało trujących barwników, które pierwotnie wprowadzono. Dlatego chemioterapia tych chorób nie jest jeszcze całkowicie rozwiązana. W każdym razie w tym kierunku należy dążyć dalej i stworzyć substancje nie trujące a działające skutecznie.

W. Skowroński (Lwów).

Wyleczenie witamina B_1 uporczywego obustronnego bólu stawów barkowych w przypadku struma basedowificata. TH. v. UEXKULL. Deutsch. Med. Woch. 1938, nr 14, str. 497.

U 64-letniej chorej wystąpiły w związku ze „struma basedowificata" uporczywe obustronne bóle stawów barkowych, oporne wszelkim próbom leczenia. Zdecydowana poprawa wystąpiła dopiero wtedy, gdy zaprzestano wszelkich dotychczasowych sposobów leczenia i przystąpiono do wyłącznego stosowania Betabionu „forte" (początkowo codziennie, później co drugi dzień, po 1 ampułce dożylnie). Po ogółem 18 wstrzyknięciach ustąpiły bóle i poprawiła się ruchomość stawów barkowych. Ten niewątpliwy wynik leczniczy Betabionu przypisuje autor nie tylko uzupełnieniu braku witamin, spowodowanego dietą przeważnie węglowodanową i nadczynnością tarczycy, lecz także nieswoistemu działaniu leczniczemu Betabionu.

St. Domicz (Warszawa).

Przyczynek doświadczalny zapobiegania płynom zapalnym w odmie sztucznej. N. BERLIN. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XVI. Z. 2.

Wysiękowe zapalenie opłucnej jest częstym powikłaniem odmy sztucznej. Teoria mechaniczna, konstytucjonalna, zaburzenia w gruczołach dokrewnych nie tłumaczą gromadzenia się płynu w opłucnej. Istotnie należało by zmniejszyć wrażliwość wysiękową opłucnej, podnieść jej próg pobudliwości. Udało się to autorowi w doświadczeniu na królikach przez wstrzykiwanie do jamy opłucnej oliwy gomenolowej 2.5 i 5%. Opłucna taka znosi dobrze nawet 1% roztwór azotanu srebra. Autor uważa za uzasadnione próby kliniczne tej metody.

St. Rawicz (Morszyn).

Czynność krwiotwórcza szpiku kostnego w durze brzusznym na podstawie badania zażyciowego szpiku mostka. Doniesienie I. *Układ erytroblastyczny.* Z. GALINOWSKI. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XVI. Z. 2.

Wnioski swoje wyprowadza autor na zasadzie badania szpiku kostnego, pobranego metodą Arinkina u 63 chorych na dur. Liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny szpiku w ogóle nie wykazuje istotniejszych różnic w stosunku do krwi obwodowej. Liczba ciałek czerwonych szpiku wynosiła od 1.222 do 33.764 w 1 mm^3. W obrazie krwinek wyróżnia autor trzy typy wzorów: wzór młodziano-komórkowy, dojrzewająco-komórkowy i pośredni „prawidłowy". Na wygląd ciałek czerwonych wpływa tak czas trwania, jak i ciężkość przebiegu duru. W przypadkach z niedokrwistością obwodową zachowanie się szpiku było różne, od braku odczynu do maksymalnej wytwórczości z objawami wyczerpania szpiku. Retikulocytoza szpikowa łączyła się z typem wzoru młodziano-komórkowego.

St. Rawicz (Morszyn).

Zapalenia opon mózgowych, wywołane paciorkowcem hemolitycznym. MILLET, HEMSTEAD. New England Journ. Med. Nr 14. S. 556. 1937.

Dobry skutek okazał według autora Prontosil solub., zastosowany domięśniowo i dolędźwiowo przy paciorkowcowym zapaleniu opon mózgowych, pochodzenia usznego u chłopca 13-letniego. Rozpoczęto podawaniem 1 g Prontosilu co 4 godziny przy ciepłocie 41,1^0. Tego samego dnia wykonano mastoidektomię i drenowanie wrzodu dookoła-zatokowego, a potem nakłucie lędźwiowe i dolędźwiowy zastrzyk 20 cm^3 2,5% roztworu Prontosil solub. Następnego dnia spadła ciepłota do 38,3^0 po zastosowaniu rano i wieczór 20 cm^3 Prontosilu domięśniowo i dolędźwiowo. W trzecim dniu takiego postępowania ciepłota stała się normalną. Równocześnie ze spadkiem gorączki spadła znacznie zawartość komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Fr. Garwicz (Warszawa).

Metoda ilościowego oznaczania mucyny (śluzu) w soku żołądkowym, ślinie i plwocinie. J. GLASS. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XVI. Z. 2.

Metoda oparta jest na zdolności mucyny wiązania jodu w środowisku obojętnym. Dla oddzielenia mucyny od białka używa się kwasu trójchloroctowego, który w odpowiednim stężeniu strąca tylko białko; z przesączu wytrąca się mucynę acetonem. Strąt mucyny rozpuszcza się w ługu i po zobojętnieniu oznacza się ilość jodu związanego. Jako wskaźnik służy błękit metylenowy. Kliniczne wyniki metody będą treścią odrębnego doniesienia.

St. Rawicz (Morszyn).

Leczenie gnilca za pomocą Cebionu (kwasu askorbinowego = = krystalicznej witaminy C). H. BRUGSCH. Deutsche med. Woch. Nr 32. Str. 1202. 1934.

Autor leczył skutecznie niemowlę, chore na gnilec, za pomocą preparatu witaminy C — Cebionu (kwasu askorbinowego). Był to bliźniak, około jednoroczny. Otrzymywał codziennie 0,03 g kwasu askorbinowego z papką mleczną. Nie podawano poza tym żadnych jarzyn i soków. Po 2-tygodniach objawy chorobowe ustąpiły, a waga poprawiła się. Stosowano nadal jeszcze przez tydzień 0,03 g dziennie. W ciągu mniej więcej 3 tygodni zdołano dziecko wyleczyć. Od kilkuset lat praktykowany sposób leczenia i zapobiegania gnilcowi za pomocą soków owocowych można więc z powodzeniem zastąpić stosowaniem Cebionu.

J. Bader (Warszawa).

Powolne i długotrwałe wstrzykiwania insuliny w cukrzycy. A. BAUDOIN, J. LEWIN i E. AZÉRAD. Presse Méd. Nr 37, 1938.

Autorowie w doświadczeniach na psach oznaczyli dawkę graniczną insuliny, tzn. najmniejszą dawkę obniżającą poziom cukru we krwi do normy, przy powolnym i stałym wprowadzaniu insuliny do krwi. Wynosi ona 5/100 jedn. na kg i godzinę przy wstrzykiwaniu dożylnym, a pięciokrotnie mniej (1/100 jedn.) przy wstrzykiwaniu do tętnic lub żyły krezkowej. U ludzi zdrowych dawka graniczna insuliny stale wprowadzanej wynosi 1/100—2/100 jedn. na kg i godz. przy wstrzykiwaniu dożylnym, wobec tego zapotrzebowanie insuliny u człowieka ważącego 60 kg wynosi 6 mikrograma (γ) najczystszej insuliny. U chorych na cukrzycę z kwasicą i poziomem cukru na czczo wynoszącym 0,2—0,3%, potrzeba 0,2—0,3 jedn. na kg i godz., by poziom spadł do normy w ciągu trzech godzin, a do utrzymania na normalnym poziomie potrzeba było u dwóch chorych 1/100 jedn., a więc tyle co u zdrowego, podczas gdy trzeci chory potrzebował 10 razy więcej (1/10 jedn. na kg i godz.). Insulina nie miała żadnego wpływu na aceton, który utrzymywał się w moczu po zniknięciu cukru, natomiast równoczesne wstrzykiwanie cukru i insuliny w odpowiednim stosunku (0,7 jedn. i 0,75 g cukru gronowego na kg i godz.) usuwało całkowicie aceton. Metoda stałego wstrzykiwania insuliny może dać dobre wyniki lecznicze w cięższych postaciach cukrzycy (zakażenie, zabieg chirurgiczny, śpiączka).

Skowroński (Lwów).

Doświadczenia kliniczne z Septaziną. J. MÜLLER. Schweiz. Medizin. Wochenschrift. Nr 22, s. 655. 1938.

Z wielu przypadków przez siebie leczonych, przy pomocy środka chemoterapeutycznego Septaziny, przedstawia autor w pracy swej niektóre, podkreślając, że na lek ten oddziaływały szybko i skutecznie nie tylko schorzenia wywołane przez paciorkowce, ale również przez łańcuszkowce i pałeczkę okrężnicy. Septazinę podawano doustnie, dożylnie, domięśniowo i dolędźwiowo. Szczególnie korzystnym w tym sposobie leczenia jest szybki wynik leczniczy oraz dobra tolerancja. Na 120 przypadków róży, zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza, zakażenia ogólnego, zapalenia opon mózgowych i innych schorzeń nie stwierdzono żadnych objawów toksycznych. By się ustrzec przed ewentualnymi objawami ubocznymi, odstawiał autor lek możliwie najszybciej zaraz po uzyskaniu wyniku leczniczego na jakiś czas, zastępując go w międzyczasie łagodnymi środkami odkażającymi, jak salol i urotropina, a później ponownie zastosował Septazinę (krótkie „uderzenie septazinowe"). Objawów ubocznych po użyciu połączeń sulfamidowych, szczególnie takich, jak niedokrewność, agranulocytoza, sinica (na skutek methemoglobinemii i sulfohemoglobinemii), bóle i zawroty głowy, autor w swojej praktyce po Septazinie nie widział.

W. S. Hołobut (Warszawa).

Terapia stowarsolowa bezwładu postępowego. L. MARCHAND. La Presse Médicale. Nr 63, str. 1211, 1938.

Leczenie bezwładu postępowego Stovarsolem zapoczątkowane przez Sezary'ego i Barbé, którzy uzyskali tą metodą zachęcające wyniki, znajduje coraz to większe uznanie i cieszy się, zwłaszcza w francuskich kołach neurologów, dużym powodzeniem. Świadczy o tym praca autora obejmująca 111 przypadków *paralysis progressiva,* leczonych wyłącznie podskórnymi iniekcjami Stovarsolu sodowego, podawanego w ilościach 1 g trzykrotnie w tygodniu, a 45 g na jedną serię leczniczą. Wyniki takiego leczenia wyrażają się w 64% powrotem do zdrowia (ustąpienie zasadniczych objawów chorobowych, co pozwoliło chorym na podjęcie swych zajęć i na odzyskanie z powrotem swej wartości społecznej), w 9% notowano polepszenie objawów klinicznych choroby, zaś w 13.5% zupełny brak poprawy. Odsetek zejść śmiertelnych wynosił 13,5. Omawiając pierwszą najważniejszą grupę chorych, w której 64% powrotu do zdrowia jest wynikiem bardzo pomyślnym, okazuje się, że wraz z poprawą stanu klinicznego nie zawsze szła w parze poprawa odczynów serologicznych. Odnosi się to zwłaszcza do odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego, który w znacznym procencie przypadków tej grupy wykazał nieraz liczne dodatnie wartości serologiczne. Pod tym względem badano zachowanie się reakcyj na białko, Pandy'ego, Weichbrodta, odczyn leukocytarny, Bordet-Wassermanna i Meinickego. Poprawa kliniczna występowała zazwyczaj już po pierwszej serii leczenia Stovarsolem i polegała na zniknięciu zaburzeń psychicznych, stanów podniecenia, osłabienia pamięci, objawów demencji i depresji. Waga chorych zawsze ulegała poprawie, średnio o 5—6 kg w czasie 4-miesięcznego leczenia. Spośród pierwszej grupy chorych (71), wypisanych z kliniki jako względnie zdrowych, 9 uległo ponownemu nawrotowi choroby. Tyczyło się to chorych, którzy nie dokończyli w pełni przepisanego leczenia Stovarsolem. Chorzy oporni na leczenie Stovarsolem oraz ci, którzy zmarli w następstwie szybko postępującego bezwładu ogólnego, jak się okazało z wywiadów, po największej części nie przeszli nigdy leczenia swoistego, niektórzy zaś jedynie niedostateczne. Autor uważa, że leczenie Stovarsolem późnej kiły układu nerwowego daje wyniki najlepsze spośród dotychczasowych metod, a wynik jego zależny jest w dużej mierze od tego, czy stosuje się je u chorych z leczoną kiłą, czy też nigdy nie poddanych leczeniu swoistemu. Obawa sporadycznych wypadków ślepoty zdarzającej się w 0.3% przypadków, nie powinna, zdaniem autora, ograniczać wskazań do leczenia Stovarsolem, wobec tak oczywistych dodatnich wyników tego leczenia.

W. S. Hołobut (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie

Protokół X posiedzenia naukowego odbytego dnia 1 kwietnia 1938 roku

Przewodniczy kol. S. Progulski

1. Kol. Musiał Włodzimierz *przedstawił przypadek skombinowanego schorzenia przysadkowego (dystrophia adiposo-genitalis, diabetes insipidus, myxoedema).*

Dziewczynka, lat 16, cierpi od wczesnego dzieciństwa na okresowe bóle głowy. Od 3 lat ma wybitnie wzmożone pragnienie, oddaje 4—5 litrów moczu na dobę. Od 2 lat zaczęła szybko przybierać na wadze. W ostatnich miesiącach zaznaczyła się u chorej zmiana usposobienia, stała się apatyczną, senną; zauważyła wypadanie włosów i kruchość paznokci.

Przedmiotowo: znacznego stopnia otyłość, z obfitym gromadzeniem się tłuszczu w zakresie powłok brzusznych, bioder i ud. Wyraźne zmiany skóry; twarz obrzękła, nalana. Skóra powiek, czoła, policzków i brody śluzakowo zmieniona, obrzękła, twarda, o zmniejszonej elastyczności, nie da się ująć we fałd; jest blada, sucha i zimna. Podobne zmiany skóry zaznaczają się na kończynach górnych, grzbietach rąk i palcach, mniej wyraźne na tułowiu i kończynach dolnych. Wyłysienie zupełne obejmujące przód czaszki i jej boki *(ophiasis);* pozostałe włosy głowy przerzedzone, grube, suche, łamliwe. Paznokcie wykazują podłużne rowkowanie, są kruche, łamliwe. Zupełny brak owłosienia pod pachami, w pachwinach i w okolicy części płciowych. Niedorozwój części płciowych zewnętrznych i macicy. W zakresie płuc i narządu krążenia żadnych zmian się nie stwierdza. Wątroba wybitnie powiększona, sięga do wysokości pępka, o równym brzegu, gładkiej powierzchni, twarda, na ucisk niebolesna. Śledziona niepowiększona. W powłokach brzusznych wyraźnie zarysowana siatka naczyń żylnych. Płynu w jamie brzusznej się nie stwierdza. Tarczyca niepowiększona. Źrenice oddziaływują prawidłowo. Diureza dobowa waha się od 4—6 litrów. Mocz jasny, wodnisty, o ciężarze gatunkowym średnim 1004, o stężeniu chlorków od 0.128 do 0.190 g %, składników patologicznych nie zawiera. Podanie podskórne 1 cm³ genofizyny ogranicza diurezę do 2.5 litra, przy czym ciężar gatunkowy wzrasta do 1010. W obrazie krwi limfocytoza 46%. Zdjęcie czaszki: siodełko tureckie prawidłowe. Objawów wzmożonego ciśnienia się nie stwierdza. Okulistycznie: pole widzenia prawidłowe. Tarcze nerwu wzrokowego po stronie skroniowej nieco bledsze. Cukier we krwi 80 mg %. Azot pozabiałkowy 45 mg %. Przemiana spoczynkowa — 11.1%. Odczyn Wassermanna ujemny, odczyn luetynowy ujemny. Odczyn Pirqueta dodatni.

Przypadek przedstawia obraz skombinowanego schorzenia przysadkowo-śródmózgowego. Składają się nań 3 zespoły objawów, moczówka prosta, zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe oraz obrzęk śluzakowy. Zbieg takiego zespołu objawów w przebiegu schorzenia przysadkowo-śródmózgowego jest rzadki. Dotyczy to w szczególności obrzęku śluzakowego. W materiale schorzeń wielogruczołowych Kliniki Lwowskiej brak podobnego spostrzeżenia, także w piśmiennictwie przypadki takie należą do dużych rzadkości. Czynnik etiologiczny w przedstawionym przypadku nie da się ściśle ustalić. Wywiady w kierunku przebycia sprawy zapalnej mózgu czy opon są ujemne. Zdjęcie czaszki i badanie okulistyczne nie daje pewnego oparcia dla przyjęcia guza przysadki. Całość obrazu nasuwać może pewne podejrzenie w kierunku kiły wrodzonej jako przyczyny schorzenia.

Dyskusja: Kol. Falkiewicz A. sądzi, że powiększenie wątroby w omawianym przypadku można by uważać za początkowy okres marskości. Na Oddziale Wewnętrznym II. Państw. Szpitala Powsz. obserwuje się od 3 lat przypadek marskości wątroby z wyraźną niedomogą wielogruczołową. Przypadki te zwracają uwagę na rolę śródmózgowia w powstawaniu marskości wątroby. Bardzo wyraźny związek między zmianami w śródmózgowiu a marskością wątroby obserwuje się np. w chorobie Wilsona.

Kol. Elmer porusza sprawę stosunku śródmózgowia do przysadki oraz kwestię regulacji czynności tarczycy przez hormon tarczycozwrotny. Uważa, że w danym przypadku niedomoga tarczycy jest wtórną wobec pierwotnej niedomogi przysadki.

Kol. Progulski przypomina, na podstawie własnych obserwacyj, że zejściem nagminnego zapalenia mózgu może być, między innymi, *dystrophia adiposo-genitalis* oraz marskość wątroby.

W odpowiedzi kol. Musiał.

2. Kol. Kubrakiewicz *przedstawił dwa przypadki guza grasicy.*

Przypadek I. Mężczyzna, W. W., lat 39, podaje, że od 2 miesięcy odczuwa duszność wysiłkową, ogólne osłabienie, a ponadto zauważył guz na pośladku prawym, drugi na udzie lewym.

Badaniem fizykalnym stwierdzono przytłumienie nad mostkiem, sięgające 4 palce na lewo od brzegu mostka. Poza tym nie stwierdza się żadnych odchyleń od normy w narządach wewnętrznych, gruczoły obwodowe niepowiększone. Na pośladku prawym guz wielkości pomarańczy, elastyczny, drugi w okolicy mm. przywodzących uda lewego, dość twardy, wielkości jaja.

Preparat barwiony z guza wykazał utkanie mięsakowe.

Obraz Rtg.: guz wielkości dwóch pięści w śródpiersiu przednim, o długiej osi ustawionej poziomo, o konturach dość ostrych, ponadto w polu płucnym prawym okrągłe zacienienie, odpowiadające przerzutowi nowotworowemu. Rozpoznanie: *Thymoma.*

Leczenie: rozpoczęto naświetlania promieniami Rtg.

Przypadek II. J. S.: klinicznie i rentgenologicznie bardzo podobny do pierwszego. Badanie fizykalne wykazało jedynie stłumienie wypuku nad mostkiem i przymostkowo z obu stron. Rozpoznanie można było postawić jedynie na podstawie badania Rtg.

Chory pobierał naświetlania Rtg. i otrzymał łącznie 5.600 r. na okolicę guza.

Naświetlania pozostały jednak zupełnie bez wyniku. Chory zgłosił się po paru tygodniach do kontroli już w stanie kacheksji, a badanie stwierdziło obecność przerzutów w płucu prawym i w gruczołach obwodowych.

Prelegent zaznacza, że w rozpoznaniu guzów grasicy, wobec zupełnie nietypowych wywiadów i niedostatecznego zwykle wyniku badania fizykalnego, główną rolę gra badanie rentgenowskie.

Dyskusja: Kol. Grzędzielski Juliusz podnosi potrzebę badania neurologicznego układu mięśniowego przy guzach grasicy.

3. Kol. Seidler podaje do wiadomości, że w przypadku przedstawianym przez niego w dniu 4. III. 1938 r. podjęte badanie histologiczne nie potwierdziło podejrzenia o *adenomyosis* w ranie brzucha.

4. Kol. Seidler *wygłosił wykład pt.: Leczenie mięśniaków macicy radem.*

Dyskusja: Kol. Grabowski przyznaje, że leczenie mięśniaków macicy radem ma tę zaletę, że nie zmusza do przenoszenia chorych, co może być czasem uciążliwe i niebezpieczne. Poza tym jednak uważa, że stosowanie promieni Rtg. daje w tych wypadkach wyniki o wiele pewniejsze, bardziej stałe, pozwala na większą indywidualizację. Przypomina, że zmniejszanie się guzów macicy należy odnieść tak do bezpośredniego działania energii promienistej, jak, w większej jeszcze mierze, do pośredniego działania naświetlanego jajnika.

Kol. Rychłowski uważa, że dobre wyniki osiągnięte przez prelegenta świadczą przede wszystkim o starannym doborze materiału.

Kol. Lenczowski sądzi, że do leczenia radem nadaje sie bardzo mało przypadków. Niebezpieczeństwa są duże, ze względu na możliwość przeoczenia zmian złośliwych w macicy oraz możliwość sparzenia błony śluzowej. U osób młodych w wielu wypadkach pomaga sama hormonoterapia. U kobiet w okresie klimakterycznym bezwzględnie lepsze wyniki daje Roentgen.

W odpowiedzi kol. Seidler podnosi, że rad daje najlepsze wyniki kosztem najmniejszego okaleczenia i to jest zaleta jego stosowania. Kastracja wywołana promieniami Rtg. jest nieodwracalna, rad tymczasem daje przejściowy brak miesiączki. Niebezpieczeństwo przeoczenia mięsaka da się łatwo wykluczyć, jeśli w każdym wypadku przed zastosowaniem radu wykona sie próbną abrazję.

Sekretarz: *Józef Japa.*

Protokół XI posiedzenia naukowego odbytego w Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. K. w dniu 8 kwietnia 1938 roku

Przewodniczy kol. S. Progulski

1. Kol. K. Olszewski *przedstawia przypadek raka stercza z przerzutami do kości.*

M., lat 61, przyjęty dnia 4. X. 1937 r. z bólami w udach i mostku, wykazywał w pierwszych tygodniach pobytu objawy charakterystyczne dla wiądu rdzenia, jednak wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego i odczyn WR we krwi był ujemny. W dalszych tygodniach powiększanie się śledziony, nieregularne zwyżki ciepłoty z okresowo dodatnim odczynem dwuazowym, poty i swędzenie skóry skłaniały do rozpoznawania ziarnicy złośliwej. Po 2-miesięcznym pobycie ogniska osteolityczne w podudziach i mostku rozpoznawane jako nacieki ziarnicze. Wobec okresowego zatrzymania moczu przy utrzymanej drożności dla cewnika wykonano badanie digitalne, rekto- i cystoskopowe, które zmian w sterczu nie wykazało. Dopiero pod koniec czwartego miesiąca pobytu stwierdzono powiększenie, nierówność i twardość stercza, a badanie histologiczne wydłutowanego skrawka z guza na podudziu wykazało utkanie gruczolako-raka, pozwalając na ustalenie rozpoznania raka stercza z przerzutami w układzie kostnym.

Przypadek przedstawiono ze względu na niezwykłość przebiegu i duże trudności rozpoznawcze. Jako rzadkość podkreślono brak normoblastozy i zwiększonej retikulocytozy krwi krążącej mimo rozległych zmian przerzutowych w układzie kostnym.

Dyskusja: Kol. Oberländer stwierdził w dwóch własnych spostrzeżeniach rozległe przerzuty do kości przy bardzo nieznacznym powiększeniu gruczołu krokowego i nieistotnych objawach klinicznych.

2. Kol. J. Chodowicki *przedstawia dwa przypadki nerek torbielowatych* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja: Oberländer sądzi, że w wielu przypadkach torbielowatość dotyczy tylko jednej nerki i w tych przypadkach wskazany jest zabieg operacyjny. Przytacza własne przypadki leczone operacyjnie.

W odpowiedzi kol. Chodowicki podnosi, że w obserwacjach kol. Oberländera mogło być *kystadenoma* nerki.

3. Kol. Petryński *przedstawia przypadek żółtaczki karotenowej w przebiegu cukrzycy.*

Kobieta, lat 31, podaje, że w grudniu 1937 r. cierpiała na swędzenie sromu i wówczas stwierdzono w moczu 4.5% cukru. Przy leczeniu wyłącznie dietetycznym doprowadzono gospodarkę węglowodanową do stanu równowagi, przy poziomie cukru we krwi około 170 mg %. Wśród przekarmiania jarzynami, głównie szpinakiem, wystąpiło żółte zabarwienie skóry, zwłaszcza dłoni, podeszew, fałdów nosowo-policzkowych i małżowin usznych, twardówki były prawidłowo zabarwione.

Przy stanie tym samopoczucie zupełnie dobre, barwiki żółci w moczu nieobecne, urobilinogen w moczu i bilirubina w surowicy krwi w ilościach prawidłowych, wątroba, śledziona, obraz krwi prawidłowe. Rozpoznano żółtaczkę karotenową, potwierdzając rozpoznanie wykazaniem wzmożonej ilości karotenu w surowicy krwi. Po podawaniu marchwi, pomarańcz i szpinaku zabarwienie wybitnie wzmagało się, słabnąc po odstawieniu pokarmów bogatych w ciała lipochromowe. Podkreślono rzadkość przedstawionego zaburzenia przy łagodnym przebiegu cukrzycy i zaproponowano nazwę *„icterus carotinaemicus"*.

Dyskusja: Kol. Goldschlag za najodpowiedniejszą dla tego zjawiska uważa nazwę ksantochromazji.

Kol. Progulski: Podobnie żółte zabarwienie skóry np. dłoni zauważyć można u niemowląt karmionych marchwią lub szpinakiem. Jest to objawem jakby dobrodziejstwa ze strony natury, która w ten sposób magazynuje karoten, jako prowitaminę tak dla ustroju potrzebną. Wątroba przerobi go następowo na witaminę A. Zjawisko powyższe jest przejściowe i bynajmniej nieszkodliwe. Dawniejszy pogląd, iż przy cukrzycy ksantochromia zjawia się przy złym jej stanie, pochodzi z czasów, gdy o nauce witamin nie wiedziano wiele.

Kol. Grek podnosi, że chociaż żółtaczka karotenowa sama nie jest szkodliwa, to jednak, jeśli chodzi o leczenie tej sprawy, mogą czasami odgrywać dużą rolę względy kosmetyczne.

4. Kol. Musiał Włodzimierz *przedstawia przypadek czerwienicy (Polycythaemia rubra) z bezsocznością żołądkową u 55-letniej kobiety.*

Przypadek przedstawiał zarówno klinicznie, jak i hematologicznie (ciałek czerwonych 8,470.000, Hb. 133%) typowy obraz tej jednostki chorobowej. Jedynym szczegółem uderzającym, należącym w tym schorzeniu do rzadkich, były zaburzenia czynności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, a mianowicie trwała bezsoczność żołądkowa, z bardzo skąpą ilością soku żołądkowego, zupełnym brakiem w nim kwasu solnego i pepsyny. Bezsoczność ta utrzymywała się również po wstrzyknięciu histaminy. Ponieważ w ostatnich latach wysunięto przypuszczenie (Hitzenberger), że czerwienica jest następstwem trwałe nadprodukcji czynnika Castle'a w soku żołądkowym, przeto było rzeczą interesującą, jak ten czynnik zachowuje się w soku żołądkowym tych bardzo rzadkich przypadków czerwienicy, które cechuje zupełny zanik czynności wydzielniczej żołądka. Aby na to pytanie odpowiedzieć, oznaczono u przedstawionej chorej zawartość czynnika Castle'a w soku żołądkowym metodą Singera na szczurach, wstrzykując domięśniowo 5 cm^3 soku zebranego w 45 minut po podaniu histaminy. U wszystkich szczurów wystąpił po wstrzyknięciu odczyn retikulocytarny, identyczny z tym, jaki obserwowano u szczurów po podaniu im normalnego soku ludzkiego. Wskazywało by to na fakt, że w przypadku tym mimo zupełnego niemal wypadnięcia czynności wydzielniczej śluzówki żołądka, zawartość czynnika Castle'a w soku żołądkowym była prawidłowa.

5. Kol. Długosz *przedstawia przypadek pryszczycy u mężczyzny* (rzecz ukazała się drukiem w P. G. L.).

Dyskusja: Kol. Gąsiorowski: Predylekcyjnym miejscem zmian pryszczycowych u krów są wymiona i sutki, stąd łatwość zakażenia mleka i stąd rola mleka w przenoszeniu pryszczycy na człowieka.

Kol. Zakrzewski omawia biologię zarazka pryszczycy oraz znaczenie zarazy pryszczycy dla gospodarstwa społecznego, przy *epizootia* pryszczycy straty są ogromne, idące w miliony. W przenoszeniu pryszczycy dużą rolę grają ptaki i gryzonie.

Kol. Goldschlag podnosi, że pryszczyca u ludzi przebiega lekko. W przedstawianym przypadku zachodzi możliwość przyłączenia się sprawy septycznej do pryszczycy, co tłumaczyłoby ciężkość objawów chorobowych.

W odpowiedzi prelegent.

Sekretarz: *Józef Japa.*

Protokół XII posiedzenia naukowego odbytego dnia 29 kwietnia 1938 roku

Przewodniczy kol. S. Progulski

Na wstępie kol. prezes poświęca słowo wspomnienia Zmarłemu Kol. śp. Wernickiemu. Pamięć zmarłego uczcili zebrani przez powstanie.

1. Kol. Sosin *omawia:*

a) *dwa przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego na tle ciała obcego;*

b) *przypadek żółtego zaniku wątroby* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja: Kol. Musiał Włodzimierz omawiając przebieg kliniczny sprawy chorobowej w przypadku żółtego zaniku wątroby, porusza sprawę zaburzeń przyswajania w omawianym przypadku.

Kol. Witter omawia przypadek żółtego zaniku wątroby u dziecka, obserwowany na Oddziale Chorób Dzieci Państw. Szpitala Powsz.

Kol. Lipiński przedstawia przebieg kliniczny sprawy chorobowej w jednym z przypadków zapalenia wyrostka na tle ciała obcego. W przypadku tym u 9-letniego dziecka, przy objawach zapalenia otrzewnej, chirurg otworzył jamę brzuszną, stwierdził ropne zapalenie otrzewnej przy zupełnym braku zmian patologicznych w wyrostku robaczkowym, którego też nie usuwał. Kol. Lipiński sądzi, że w danym wypadku pierwotne było zapalenie otrzewnej, a dopiero później wytworzyło się zapalenie wyrostka robaczkowego na tle ciała obcego, które w międzyczasie tam się dostało.

Kol. Nowicki nawiązując do przemówienia kol. Musiała zwraca uwagę, że w omawianym przypadku żółtego zaniku wątroby stwierdzono histologicznie zmiany marskie wątroby, które dostatecznie tłumaczą zaburzenie przyswajania i obecność wolnego płynu w jamie brzusznej.

Co się tyczy przemówienia kol. Lipińskiego uważa, że o wiele więcej prawdopodobne jest przyjęcie pierwotnego zapalenia wyrostka na tle ciała obcego, które chirurg mógł przeoczyć. Należy pamiętać o tym, że czasami bardzo nieznaczne zmiany w wyrostku dają bardzo duże wtórne odczyny.

2. Kol. A. Zeghauser *przedstawia przypadek niedomogi wielogruczołowej z marskością wątroby i niewydolnością krążenia* (pokaz) *wraz z omówieniem zespołu wkrewno-wątrobowo-sercowego.*

Chora lat 24, zgłosiła się na Oddział Wewn. II. Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie po raz pierwszy przed trzema laty, skierowana z ambulatorium Kliniki Ginekologicznej U. J. K., gdzie przeprowadzono bez wyniku leczenie wysokimi dawkami hormonów jajnikowych, ponieważ miesiączka dotąd u chorej nie wystąpiła. Nie skarżyła się na żadne dolegliwości, poza uczuciem ciężkości w brzuchu i lekką dusznością przy wysiłkach fizycznych.

W stanie chorej uderzał wyraźnie infantylizm i opóźnienie rozwoju z zupełnym brakiem owłosienia w okolicy wzgórka łonowego i pod pachami. Skóra, zwłaszcza czoła i powiek, blada i sucha, jak gdyby obrzękła. Serce w całości miernie powiększone, z podmuchem skurczowym nad ujściami, płuca bez zmian, wątroba znacznie powiększona, 3 palce niżej łuku, bardzo twarda o brzegu równym, mało tkliwym, śledziona macalna 2 palce niżej łuku, twarda, niebolesna. Ślad obrzęków w okolicy kostek. Prześwietlenie Rtg. klatki piersiowej: serce zbliżone do konfiguracji mitralnej, płuca, poza powiększeniem gruczołów w śródpiersiu przednim, bez zmian.

Ważniejsze dane z przebiegu schorzenia są następujące: po 6 miesiącach zgłosiła się chora powtórnie na Oddział z objawami puchliny brzusznej i niedomogi serca prawego i od tego czasu zgłaszała się w odstępach kilkumiesięcznych, ostatnio 4—6-tygodniowych, z powodu szybkiego narastania puchliny brzusznej.

Przy punkcjach jamy brzusznej upuszczano płyn w ilości do 12 litrów, o ciężarze gatunkowym 1012, ilości białka 1—2%, odczynie Rivalty słabo zaznaczonym, ze znaczną przewagą limfocytów w preparacie z osadu. Równocześnie objawy postępującej niedomogi serca, zwłaszcza prawego, mało podatnej na leczenie naparstnicą. Ciśnienie krwi stale niskie, około 100/70 mm Hg. Przed 2 laty wystąpiły wśród zwyżek ciepłoty ciała dolegliwości ze strony płuc, które w zmiennym nasileniu utrzymują się do dnia dzisiejszego, a prześwietlenia płuc wielokrotnie powtarzane wykazują postępujące zmiany w płucach i jamach opłucnowych. Ostatnie zdjęcie Rtg. klatki piersiowej wykazuje: serce konfiguracji mieszanej, w całości większe. Szczyty jasne. W dole pola płucnego prawego na przestrzeni dłoni widoczne gęste, nieregularne zagęszczenia z wyjaśnieniami. Przepona prawa wykazuje znaczne zrosty. Wnęki obustronnie szerokie, o powiększonych gruczołach. W polu przywnękowym lewym drobnoplamkowe ogniska. Przepona lewa wykazuje zrosty. Prócz ognisk opisanych widoczne wyjaśnienia. Obraz Rtg. przemawia najbardziej za rozstrzeniami oskrzeli. Zrosty osierdziowo-opłucnowe po stronie prawej.

Obecnie serce równomiernie powiększone we wszystkich kierunkach, nad podstawą pierwszy ton rozdwojony, drugi ton nad tętnicą płucną głośny. Mierne obrzęki kończyn dolnych, bardzo znaczna sinica i duszność, zmniejszające się po upuszczeniu płynu z jamy otrzewnowej: rozszerzone i tętniące żyły szyjne.

Ważniejsze badania dodatkowe:

Odczyn WR. (kilkakrotnie powtarzany) ujemny.

Mocz, poza wzmożeniem urobilinogenu, bez zmian.

Odczyn Biernackiego poniżej 10 mm/1 godz.

Rtg. czaszki, dno oka i pole widzenia bez zmian.

Przemiana podstawowa mniej więcej 0.

Badanie ginekologiczne: bardzo znacznego stopnia niedorozwój macicy.

Badanie neurologiczne bez zmian.

Poziom cukru we krwi i krzywa cukru po glukozie w granicach normy.

Ekg: przewaga serca prawego, słabo zaznaczone wychylenia T.

Odczyn Takaty stale +++.

Próba galaktozowa ujemna.

Bilirubina w surowicy krwi 0,20—0,30 mg %.

Chora przedstawia rozwinięty i pełny obraz zespołu wkrewno-wątrobowo-sercowego, na który składa się niedomoga wielogruczołowa, marskość wątroby i niewydolność krążenia. Ponadto stwierdza się u chorej zmiany płucne (zrosty opłucnowe i opłucnowo-osierdziowe, przewlekły nieżyt oskrzeli i rozstrzenie oskrzeli), które wystąpiły wtórnie w przebiegu obserwacji.

Tego rodzaju zespół opisali L. de Gennes, J. Delarue i R. de Vericourt pod nazwą *le syndrome endocrino-hepato-cardiaque*, podkreślając, że zaburzenia wewnątrzwydzielnicze wyprzedzają zmiany układu wątrobowo-śledzionowego i narządu krążenia i stanowią przypuszczalnie ich patogenetyczne podłoże.

Szereg innych autorów opisał przypadki, w których zaburzenia wewnątrzwydzielnicze (bądź to o typie niedomogi wielogruczołowej, bądź też niedomogi poszczególnych gruczołów, jak np. płciowych, trzustki, itd.) występowały łącznie z marskością wątroby (w szczególności marskością barwikową), bądź też z niewydolnością krążenia. Referent omawia związki łączące układ wewnątrzwydzielniczy z wątrobą i narządem krążenia, podkreślając, że cechy zaburzeń wkrewnych, zwłaszcza niedomogi gruczołów płciowych, od dawna podkreślane są jako charakterystyczne dla chorych z marskością wątroby. Zwraca uwagę, że zaburzenia narządu krążenia w przebiegu niedoczynności tarczycy lub nadnerczy mają inne cechy, niż w opisanym zespole i rozpatruje znaczenie przysadki mózgowej (lub układu międzymózgowie-przysadka mózgowa) dla powstawania opisanych zmian.

Dyskusja: Kol. Cieszyński zwraca uwagę na znaczenie stanu uzębienia w przedstawianym przypadku.

Kol. Musiał Włodzimierz podnosi zastrzeżenia, co do tłumaczenia poszczególnych objawów w omawianym przypadku. Sądzi, że należy tu raczej przyjąć pierwotną niedomogę serca na tle zrostów osierdziowych i następowe wtórne objawy, jak powiększenie i marskość wątroby, upośledzenie rozwoju i czynności gruczołów dokrewnych i w następstwie upośledzenie ogólnego rozwoju.

W odpowiedzi kol. Zeghauser.

Sekretarz: *Józef Japa.*

Protokół XIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 6 maja 1938 roku

Przewodniczy kol. S. Progulski

1. Kol. Schusterówna *wygłosiła wykład pt.: Patogeneza zaburzeń wydalania żółci i ich stosunek do kamicy żółciowej w świetle najnowszych i własnych badań.*

W swoim referacie przedstawia S. najnowsze zapatrywania na wytłumaczenie objawów tzw. kolki żółciowej w przypadkach, w których klinicznie nie stwierdza się ani kamieni ani zapalenia, jako też objawów tzw. kolki żółciowej w tych przypadkach, w których po operacyjnym usunięciu pęcherzyka żółciowego z kamieniami napady kolki dalej się powtarzały. Objawy te w ostatnich czasach odnoszą do zaburzeń czynnościowych w wydalaniu żółci, tj. do skurczów pochodzenia nerwowego pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, przede wszystkim do spastycznego skurczu zwieracza Oddiego, mówi się o unerwieniu zewnątrzwątrobnych dróg żółciowych, o tzw. dyskinezjach Westfahla. Skurcze te powodujące typowe napady kolki żółciowej mogą powstać w pęcherzykach i przewodach żółciowych z kamieniami lub bez kamieni. Dla tych nowych zapatrywań starano się stworzyć podstawę doświadczalną i anatomiczną. Głównym przedstawicielem tych badań jest Westfahl. Autor ten potwierdził doświadczalnie i anatomicznie klinicznie spostrzeganą czynnościowa dyskinezję. Na podstawie badań wykazał on, że szereg chorych między 16 a 40 rokiem życia z typowymi bólami żółciowymi, rzadziej z żółtaczką, nie ma kamieni. W czasie operacji wykazuje się u takich osób jedynie silnie rozszerzony pęcherzyk, o silnie lub słabo rozwiniętych mięśniach. Westfahl mówi wtedy o pęcherzyku zastoinowym hipertonicznym i hipotonicznym, a stan ten występuje przy nadczynności mięśni, po silnym drażnieniu nerwu błędnego lub też przy upośledzonej czynności mięśni, spowodowanej podrażnieniem nerwu współczulnego albo porażeniem nerwu błędnego. Omawianą sprawą, jako nader interesującą, zajmuje się referentka od kilku lat, starając się dojść do własne-

go zdania na podstawie własnych badań opartych na 80 przypadkach sekcyjnych. W badaniach tych zwraca uwagę przede wszystkim na zachowanie się mięśni pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, robi dokładne wymiary tych mięśni i wykonuje rysunki z każdego przypadku. Otrzymane wyniki pozwalają na następujące wnioski:

1) na podstawie zachowania się mięśni pęcherzyka i dróg żółciowych, zgodnie z W e s t f a h l e m, także w materiale przeze mnie badanym udało się wyosobnić obok typu normalnego typ hipo- i hipertoniczny, a więc ze słabo i silnie rozwiniętymi mięśniami,

2) oba typy mają niewątpliwie wpływ na powstanie kamieni żółciowych, gdyż stwierdza się je częściej u ludzi z kamicą żółciową, niż u ludzi bez tej kamicy,

3) zachowanie się tych mięśni u mężczyzn i kobiet jest różne. Podczas gdy u mężczyzn, szczególnie młodych, bez kamicy żółciowej przedstawiają mięśnie typ normalny, to u kobiet zdarza się często typ hipotoniczny usposabiający do powstania kamicy żółciowej. Fakt ten wyjaśnia częstsze powstawanie kamieni u kobiet, niż u mężczyzn,

4) typ hipotoniczny stwierdza się w każdym wieku, często u osób młodych, typ hipertoniczny zaś prawie wyłącznie u ludzi starych,

5) typ hipertoniczny nie jest więc sprawą wrodzoną, lecz powstaje z wiekiem, typ hipotoniczny zaś jest niewątpliwie sprawą wrodzoną, konstytucjonalną, może jednak powstać na tle zaburzeń układu wegetatywnego lub na tle charłactwa, np. rakowego. Sam wiek i zanik starczy nie mają tutaj ważniejszego znaczenia,

6) stany chorobowe mogą mieć wpływ na podstawie zaburzeń dyskinetycznych, wskutek zadrażnienia lub uszkodzenia nerwów błędnych i współczulnych lub też samych mięśni, jak np. nowotwory, sprawy zapalne lub charłactwo,

7) co się tyczy stosunku mięśni pęcherzyka i dróg żółciowych do innych mięśni zaopatrywanych także przez nerw błędny, a więc mięśni odźwiernika, żołądka i przełyku, to u osób z typem hipo- lub hipertonicznym, mogłam stwierdzić, że te obie grupy mięśni często jednakowo się zachowują, tj. są przerosłe lub zanikłe.

2. Kol. B ü h n *wygłosił wykład pt.: „Gdzie nas nie ma, a gdzie być powinniśmy"* (wrażenia z Kongresu Bezpieczeństwa Pracy). (Drukowane w P. G. L.).

Dyskusja: Kol. D o l i ń s k i uważa, że przy obecnej organizacji studiów lekarskich absolutnie brak czasu na pomieszczenie w ich ramach wykładów medycyny społecznej. Stawia wniosek o uchwalenie i wysłanie pod adresem odpowiednich czynników rezolucji, domagającej się uwzględniania w szerszej niż dotychczas mierze lekarzy przy obsadzaniu posad bezpieczeństwa pracy.

Kol. N o w i c k i podnosi, że sprawa wykształcenia lekarzy w zakresie medycyny społecznej wiąże się bezpośrednio ze sprawą reformy studiów lekarskich. Przedstawia opinie Izby Lekarskiej w tej sprawie. Do przeprowadzenia reformy studiów potrzebne są fundusze, których obecnie brak. Dlatego też odnosi się krytycznie do projektu utworzenia nowych szkół lekarskich, tym bardziej nierealnego i szkodliwego, że obecne szkoły cierpią dotkliwie z powodu braku odpowiedniego uposażenia. Stawia wniosek o uchwalenie rezolucji, wyrażającej sprzeciw wobec projektu zakładania nowych szkół lekarskich.

Kol. O s t r o w s k i Tadeusz sądzi, że dopóki nie zostaną wprowadzone odpowiednie wykłady z medycyny społecznej w program studiów lekarskich, należy w wykładach z różnych katedr uwzględniać w możliwie szerokiej mierze medycynę społeczną. W ten sposób uzupełni się choćby częściowo lukę w wykształceniu lekarzy, dopóki nie znajdą się środki na racjonalne zorganizowanie studium medycyny społecznej.

Kol. M i e r z e c k i przypomina, że obecny Kongres Bezpieczeństwa Pracy miał charakter czysto techniczny i tym tłumaczy się nieliczny udział lekarzy w Zjeździe. Przed paru laty w czasie podobnego Zjazdu obradowały równolegle dwie konferencje — lekarzy i inżynierów. Nawiązując do konkretnego przykładu kol. B ü h n a uważa, że rozwiązanie zawikłanych na pozór zagadnień z zakresu bezpieczeństwa pracy zależy tylko od powoływania odpowiedniego specjalisty. Co się tyczy lekarzy wyszkolonych w medycynie społecznej, to uważa, że wszyscy lekarze pracujący w ubezpieczalniach społecznych mają takie właśnie przygotowanie i nastawienie.

Kol. D o l i ń s k i podkreśla, że tzw. kursy medycyny społecznej dają tylko namiastkę wyszkolenia społecznego lekarzy.

W odpowiedzi kol. B ü h n.

Na wniosek kol. p r e z e s a zgłoszone rezolucje rozpatrzy Zarząd.

Sekretarz: *Józef Jana.*

Sekcja Naukowa Polskiego Towarzystwa Społeczno-Lekarskiego w Łodzi

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 9 września 1938 roku

Kol. S. W i n t e r: *Przypadek kamienia moczowodu.*

Przedstawienie przypadku kamienia moczowodu lewego, uwięzłego w odcinku przypęcherzowym moczowodu u chorej 24-letniej, cierpiącej na ataki bólów w lewej okolicy lędźwiowej, promieniujących do spojenia. Cystoskopia wykazała przeszkodę w moczowodzie w odległości 5 cm od ujścia pęcherzowego. Pyelografia dożylna wykazała rozszerzenie miedniczki nerkowej lewej i moczowodu nad wałeczkowatym, dość długim cieniem. Zastosowano leczenie zachowawcze celem odprowadzenia kamienia, które jednak mimo zastosowania wszystkich dostępnych metod nie dało wyniku. Wobec tego zdecydowano się na operacyjne usunięcie kamienia z moczowodu sposobem Israel-Seliga w znieczuleniu lędźwiowym. Wyjęto z moczowodu kamień podłużny długości 3 cm, o powierzchni kolczastej, składający się ze szczawianów i trójfosforanów. Rany moczowodu zeszyto warstwowo z pozostawieniem sączka w ranie pooperacyjnej. Przebieg pooperacyjny gładki, rana zagoiła się w przeciągu 3 tygodni całkowicie. Skład i kształt kamienia wytłumaczył, dlaczego wszelkie zachowawcze metody odprowadzenia zawiodły. Kontrolna cystoskopia po operacji wykazała znaczną poprawę czynnościową lewej nerki. (Pokaz radiogramów: pyelografii dożylnej wstępującej i wyjętego kamienia).

W dyskusji zabierał głos kol. S z m i g i e l s k i.

Kol. T. C h m i e l e w s k i: *Przypadek marskości zamkowej wątroby u 14-letniego chłopca.*

Choroba rozpoczęła się rzekomo z początkiem czerwca 1938 roku i rozwijała się wśród postępującego osłabienia i nasilającego się coraz bardziej żółtego zabarwienia skóry. Silniejszych dolegliwości chory nie odczuwał. Stolce były odbarwione, o charakterze gliniastym, mocz silnie wysycony. W 3. roku życia chory przechodził żółtaczkę. Dnia 22 czerwca przedmiotowo stwierdzono: tętno 66/min., wybitną żółtaczkę i wyraźne powiększenie śledziony. Wątroby nie wyczuwano. Później wystąpiła puchlina brzuszna i obrzęki na kończynach dolnych. Badania laboratoryjne: płyn puchlinowy przesiękowy, znaczne wzmożenie bilirubiny we krwi, odczyn Takata-Ara'y we krwi stale dodatni, czas krwawienia przedłużony, krzepliwość krwi obniżona, obraz morfologiczny krwi obwodowej prawidłowy, zawartość ciał azotowych we krwi prawidłowa, odczyn WR słabo dodatni i wątpliwy, u matki odczyn WR ujemny. W moczu ślady białka, barwiki żółci, nieco zwiększona zawartość urobilinogenu, krwinki czerwone, wałeczki szkliste, niekiedy ziarniste. Chory został zabrany przez rodzinę w okresie przejściowej poprawy w dniu 10 września 1938 r.

Kol. W. B e m (cz. klin.) i K. Ś c i e s i ń s k i (cz. anat.): *Przypadek choroby Addisona.*

Przypadek dotyczy chorej I. H., 31-letniej, która przybyła do szpitala w dniu 25. II. 1938 r. z powodu zupełnego upadku sił, znacznego osłabienia, utraty łaknienia, odbijań, gniecenia i bólów w nadbrzuszu. Stan ten trwa od roku, pierwsza miesiączka w 19. roku życia, następne skąpe, trwające 1—2 dni. Od 5 miesięcy nie miesiączkuje. Stan ogólny chorej bardzo ciężki. Wzrost 151 cm, waga 36,2 kg. Skóra szaro-brunatna, sucha. Brązowe podbarwienie czerwieni warg, na błonie śluzowej policzków rozlane ciemno-brunatnawe plamy. Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, tony bardzo ciche. Tętno słabo napięte, źle wypełnione, 86/min. Ciśnienie krwi 65/45. Jama brzuszna bez zmian. Układ mięśniowy silnie upośledzony z daleko posuniętą adynamią. Poziom cukru we krwi 65 mg %. Chlorki we krwi 532 mg %. Cholesteryna w surowicy 80 mg %. Odczyn v. d. Bergha bezpośredni ujemny, pośredni dodatni. Zawartość bilirubiny 6,5 mg %. Odczyn Takata-Ara'y wątpliwy. Mocznika we krwi 50 mg %. Hb 85%, krw. cz. 4.300.000. Wskaźnik barwny 0,98. B. c. krwi 9.300, pałecz. 2%, płat. 34%, kwasochł. 1%, limf. 52%, monoc. i postaci przejść. 11%. Mocz: białko 0,1‰. W osadzie nieliczne wyługowane krwinki czerwone, wałeczki szkliste i ziarniste 6—8 w polu widzenia. WR ujemny. O. B. 55/min. Ciężki stan chorej i krótka obserwacja kliniczna nie pozwoliły na przeprowadzenie dalszych badań pracownianych. Brunatne zabarwienie skóry, zmiany barwikowe na błonie śluzowej policzków, bardzo niskie ciśnienie tętnicze, niski poziom cukru we krwi, astenia i adynamia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i limfocytoza z monocytozą pozwalają rozpoznać w naszym przypadku cisawicę *(morbus Addisoni).* Stosowano leczenie ogólnie przyjęte. Stan chorej stale pogarszał się i w piątym dniu pobytu w szpitalu nastąpiło zejście śmiertelne. Podczas sekcji i badania mikroskopowego znaleziono znaczny zanik nadnerczy (waga lewego nadnercza 1,57 g, prawe mniej więcej tej samej wielkości),

wywołany przewlekłą sprawą zapalną nieswoistą, głównie w obrębie istoty korowej i to w nadnerczach dotkniętych pierwotnie pewnym stopniem niedorozwoju. Grasica (15 g) o utkaniu zachowanym. Tarczyca (10 g) znacznie pomniejszona. W tarczycy liczne, dość duże grudki chłonne. Należy podkreślić, że w naszym przypadku nie odgrywała roli patogenetycznej gruźlica, jak to się dzieje w 80% przypadków choroby Addisona, lecz zanik nadnerczy na tle przewlekłej sprawy zapalnej nieswoistej.

Kol. Janik: *Przypadek ostrej martwicy palców kończyny górnej* (omówienie błędu diagnostycznego).

Przypadek dotyczy 80-letniej kobiety, u której mylnie rozpoznano ostrą zgorzel palców ręki prawej w następstwie zatoru. Chora podała, że po upadku wystąpił bardzo silny ból w ręce, a palce stały się sine i jakby martwe. Trzy godziny po wypadku stwierdzono typowy obraz zgorzeli palców (palce sine, zimne, niebolesne). Zastanawiał jednak fakt, że tętno w typowym miejscu tętnicy szprychowej było dobrze wyczuwalne. Następnego dnia rodzina wyjaśniła, że chora zemdlała przy gotowaniu zupy owocowej z czarnych jagód, a ręka wpadła do naczynia na przeciąg kilku minut; wystąpiła martwica termiczna (tętno wyczuwalne!). Wyjaśnienie to było ważne ze względu na decyzję, na jakiej wysokości kończynę należy odjąć. Dodać należy, że barwik na palcach nie dał się zmyć, a jego obecność stwierdzono w głębokich warstwach części miękkich palców.

Kol. G. Fiałkowski: *Demonstracja rentgenogramów.*

1) *Przypadek przetoki przełykowo-oskrzelowej.*
2) *Przypadek kamicy lewostronnej u osobnika dorosłego.*
3) *Przypadek obustronnej kamicy nerkowej u dziecka.*

Przewodn. Sekcji Naukowej: *W. Dzierżyński.*
Sekretarz: *T. Chmielewski.*

Posiedzenie naukowe w dniu 29 września 1938 roku

Kol. T. Chmielewski: *Przecukrzenie krwi i jego znaczenie dla ustroju.* (Streszczenie własne).

Regulacja przemiany węglowodanowej rządzona jest przez ośrodek w wzgórku szarym i odbywa się drogą nerwów autonomicznych i drogą hormonalną. W sprawie tej udziałowi przysadki mózgowej, trzustki, nadnerczy i tarczycy należy się szczególna uwaga. Studia nad przysadką mózgową Houssaya i jego szkoły, badania Lucke'a, Arona, Anselmina, Hoffmanna i innych, zaburzenia przemiany węglowodanowej w akromegalii, chorobie Cushinga, Simmondsa stawiają przysadkę na pierwszym miejscu poza trzustką wśród innych gruczołów dokrewnych. Obniżenie poziomu cukru we krwi w chorobie Addisona i opróżnianie zapasów węglowodanowych w nadtarczyczności wskazują na rolę nadnerczy i tarczycy. W wyniku rozmaitych wpływów poziom cukru we krwi można uważać za wypadkową działania dwóch czynników antagonistycznych, z których jeden obniża, a drugi podwyższa zawartość cukru we krwi. Hiperglikemia poniżej progu nerkowego dla glikozy jest zjawiskiem obojętnym pod względem utraty materiału energetycznego. Hiperglikemia powyżej progu nerkowego bez cukromoczu nie należy do zbytniej rzadkości. Nie ma żadnego bezpośredniego dowodu, że hiperglikemia powoduje te lub inne zmiany w cukrzycy niekorzystne dla ustroju, natomiast coraz częściej powtarza się zdanie, że jest ona zjawiskiem wyrównawczym, a niekiedy nawet nieodzownym u pewnych osobników, u których przemiana węglowodanowa w narzadach nastawiona jest właśnie na takie stężenie cukru we krwi. Niebezpieczeństwo obniżania u niektórych podwyższonego poziomu cukru we krwi jest rzeczą znaną. Hiperglikemia wpływa dodatnio na przyswojenie cukru. Wprowadzając dożylnie roztwór glikozy, można osiągnąć u psów hiperglikemię przekraczającą 2.500 mg %. (Badania własne zachowania się kwasu mlecznego we krwi i moczu psów podczas dożylnego wlewania glikozy). Obserwacja w tych warunkach wykazuje, że poziom cukru, który powoduje niebezpieczne dla ustroju zaburzenia, w patologii ludzkiej w ogóle nie występuje. W miarę tego, jak podnosi się poziom cukru we krwi, wzrasta ilość przyswojonej glikozy, wprowadzonej do ustroju. Szczyt asymilacji ustala się w przybliżeniu na wysokości poziomu cukru we krwi, wynoszącego 800—900 mg %. Dalszy wzrost cukru we krwi nie jest w stanie podwyższyć przyswojenia. W świetle więc tych danych bezwzględne dążenie do uzyskania normoglikemii u chorych na cukrzycę wydaje się nieuzasadnione.

W dyskusji nad referatem zabierali głos dr Z. Szczech i prof. dr W. Dzierżyński.

Przewodn. Sekcji Naukowej: *W. Dzierżyński.*
Sekretarz: *T. Chmielewski.*

Zjazd lekarzy powiatowych województwa kieleckiego

W dniach 16 i 17 września br. odbył się w Busku-Zdroju Zjazd lekarzy powiatowych i miejskich, miast wydzielonych, który obradował pod przewodnictwem dra Franciszka Dziewulskiego, naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Kieleckiego.

W Zjeździe tym, który poświęcony był omówieniu terenowych zagadnień publicznej służby zdrowia, a zwłaszcza zwalczaniu chorób zakaźnych i społecznych, wzięli udział z Warszawy: dr Marian Zachert, inspektor Służby Zdrowia w Ministerstwie Opieki Społecznej, dr Maria Skokowska-Rudolfowa i doc. dr Feliks Przesmycki — kierownik Działu Państwowego Zakładu Higieny, major-lekarz dr Tokarz, jako przedstawiciel Szefa Sanitarnego O. K. X., dr Bolesław Salak, naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Łódzkiego, dyrektor i lekarz naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Kielcach, dyrektor i lekarz zdrojowy z Buska-Zdroju oraz lekarze okręgowi z terenu pow. stopnickiego i lekarze szpitalni z Buska-Zdroju.

Po powitaniach naczelnik Wydziału dr Fr. Dziewulski przedstawił sprawozdanie sanitarno-zdrowotne województwa, z którego między innymi wynika, że naturalny przyrost nieco przewyższał przeciętną dla Polski — województwo kieleckie miało 14 przyrostu wobec 13 w kraju.

Zgonów niemowląt w stosunku do żywych urodzin było 12,7%.

Prócz epidemii duru plamistego w pow. stopnickim, zawleczonej przez żebraka, którą dzięki energicznym zarządzeniom w przeciągu miesiąca zlikwidowano, innych epidemii nie zanotowano.

Przeciwko ospie dokonano 224.466 szczepień, przeciwko płonicy i błonicy (szczepionką B. P.) 9.281, przeciwko durowi brzusznemu 43.128, czerwonce 1130, durowi osutkowemu 15 i przeciwko wściekliźnie 541.

Na ogólną liczbę 40 miast, 10 z nich posiada kanalizację, 18 wodociągi.

Studzien na terenie województwa jest 129.822, z czego 1% wierconych, 4.71% kopanych z cembrowiną betonową i pompą, 56.41% z cembrowiną betonową bez pompy, 0,45% z cembrowiną drewnianą i z pompą oraz 37,43% z cembrowiną drewnianą i bez pompy.

W ramach czteroletniego planu budowy nowych studni publicznych i ulepszenia istniejących, część studni przypadająca do ulepszenia w tym okresie została uporządkowana.

Zwalczanie chorób społecznych odbywało się w 40 ośrodkach zdrowia oraz 21 przychodniach samodzielnych, z tych 5 z wywiadem domowym.

Teren województwa podzielony na 104 okręgów, z których obsadzono lekarzami 77.

Ogólna liczba szpitali wynosi 39 z liczbą łóżek 3.345.

Opiekę nad matką i dzieckiem prowadzono w 25 stacjach opieki nad matką i dzieckiem, z których 9 posiada kuchnie mleczne. Ponadto na terenach przemysłowych powiatów 14 żłobków roztacza opiekę nad dziećmi robotnic.

W okresie sprawozdawczym zorganizowano stacje odmowe przy 3 ośrodkach zdrowia (Czeladź, Strzemieszyce, Dańdówka).

Szpitale w Opatowie i Jędrzejowie zaopatrzono w aparaty Roentgena, przy czym szpital w Jędrzejowie powiększono o kilkanaście łóżek, przenosząc część gospodarczą do specjalnego budynku.

Rozpoczęto przebudowę szpitala św. Aleksandra w Kielcach, który będzie liczył 250 łóżek. W Sosnowcu przebudowano i częściowo uruchomiono Szpital Miejski, jak również w Częstochowie oddziały: kobiecy, dziecięcy i wewnętrzny przeniesiono do nowego budynku. Uruchomiono 3 ośrodki zdrowia, a 2 przeniesiono do nowych budynków.

Dr W. Jokiel, naczelny lekarz Ubezpieczalni w Kielcach, przedstawił sprawozdanie z dziedziny lecznictwa Ubezpieczalni w Kielcach, zaznaczając ścisłą współpracę z publiczną służbą zdrowia.

Po uzupełniających sprawozdaniach lekarzy powiatowych i miejskich doc. dr Feliks Przesmycki podał wytyczne do walki z chorobami zakaźnymi, a zwłaszcza z durem brzusznym, kładąc szczególny nacisk na konieczność badań sero-bakteriologicznych.

Zakres czynności i metodykę pracy lekarza powiatowego omówił dr Hetman, lekarz powiatowy z Wierzbnika.

Referat ten wywołał ożywioną dyskusję. Referat ten będzie ogłoszony w „Zdrowiu Publicznym".

Kwestionowanie artykułów żywności w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr 36, poz. 343) oraz racjonalne metody rozpoznawania ich

zepsucia lub zafałszowania podała inż. Wanda Janowska, kierowniczka Miejskiego Zakładu Badania Żywności w Kielcach, inż. Stanisław Bęć mówił o usuwaniu ścieków, ze szczególnym uwzględnieniem małych miasteczek.

W drugim dniu obrad, po odprawie lekarzy powiatowych wskazania lecznicze i organizację lecznictwa w Busku-Zdroju przedstawił lekarz zdrojowy dr Budzyński, po czym uczestnicy Zjazdu zwiedzili Zakład Zdrojowy; objaśnieniami przy tym służyli dyrektor Zakładu inż. Rakosz, który szczegółowo omówił historię rozwoju Buska-Zdroju i zamierzenia inwestycyjne, oraz lekarz zdrojowy dr Budzyński.

Potem zwiedzono Zakład Dziecięcy „Górka", gdzie objaśnień udzielał dr Starkiewicz i na sali rekreacyjnej tego Zakładu zakończono Zjazd referatem dra Berdo, kierowniczki Oddziału dla gruźlicy w Sosnowcu, ilustrowanym świetlnymi zdjęciami rentgenowskimi.

LISTY DO REDAKCJI

Kilka uwag na temat kursów dokształcających lekarzy praktyków

Na marginesie ostatniego kursu z dziedziny chorób sercowych, odbytego w Szpitalu św. Łazarza na oddziale prof. Semerau-Siemianowskiego, chciałbym kilka słów powiedzieć, które jeżeli się okażą słuszne i znajdą odpowiedni rezonans, wyjdą może na pożytek nie tylko lekarzy, ale i ogółu, któremu lekarze służą.

Dyr. dr Fiszer z Zakopanego, który po zakończeniu powyższego kursu w serdecznych słowach dziękował prof. Siemianowskiemu i Jego godnym współpracownikom, za ich naprawdę ciężką i pożyteczną pracę dla uczestników kursu i tym samym dla podniesienia wiedzy lekarzy, zacytował dwuwiersz Pola, który *ad hoc* słusznie zmodyfikował, w następującym brzmieniu:

Cudze chwalicie, swego nie znacie
„Bo" sami nie wiecie, co posiadacie

O to słowo „bo" właśnie chodzi.

Zachwycony organizacją i sprawnością kursu pod każdym względem, w rozmowach z kolegami zaznaczyłem, że żaden z odbytych w Austrii i Niemczech kursów, nie dawał tyle możliwości nauki, jak właśnie ten. Na wymówki zaś z niektórych stron, dlaczego się jeździ za granicę, można się obronić skutecznie: „bo" nie wiedziałem. Sama notatka o mającym się odbyć kursie nie wystarcza. Pomijając to, że lekarze z byłych zaborów już z przyzwyczajenia i większej wygody zajeżdżali, jak do siebie do domu, bo wszędzie mieli kolegów z lat studiów i wygodne warunki mieszkania i pracy, byli oni stale zasypani materiałem propagandowym przez biura kursowe, które organizowały stale bez przerwy kursy z wszystkich dziedzin medycyny, tak z góry ułożone, jak i doraźnie złożone. Zapisanie się na kurs pociągało za sobą wolną wizę wjazdową i tani przejazd koleją, zaś na miejscu można było mieć tanie bilety do muzeów i teatrów. Wabiła więc nie tylko wszechnica, ale i państwo i miasto z swoimi aparatami propagandowymi.

Korzyść propagandowa dla państwa i miasta jest jasna, nie tyczy to jednak dzisiejszego tematu. Co się tyczy wyżej wspomnianego kursu, to dał on nie tylko świetne odświeżenie i uzupełnienie wiedzy i praktyki, lecz także stworzył kontakt pomiędzy lekarzem na prowincji, a lekarzem w centrum, co jest niezmiernie ważnym czynnikiem nie tylko dla lekarzy, ale i dla chorych.

Na powyższy kurs zjechała pokaźna liczba lekarzy z całego kraju i to przeważnie lekarzy, którzy od wielu lat praktykują. Odjechali oni do swoich zajęć z wielkim zadowoleniem i nie wątpię, że i inne dziedziny praktycznej medycyny zdołają przy sprawnej i jednolitej organizacji, wzorując się na już zdobytych doświadczeniach, pozyskać coraz to większe zastępy lekarzy z prowincji, którzy często przez swoje całodzienne zajęcie zmęczeni, nie mają możności przeczytania czegoś nowego z dziedziny medycyny, a na pewno bardzo chętnie od czasu do czasu na kilka dni wyjadą, by coś nowego widzieć i słyszeć.

Myślę, że ubezpieczalnie społeczne, instytucje o wyższej użyteczności, mające dużo wspólnego z medycyną, kliniki i szpitale, mogłyby razem stworzyć instytucję stałych kursów dokształcających, czynnych we wszystkich miastach uniwersyteckich, przez co stworzyło by się możność dokształcenia się lekarza, bądź to w czasie jego urlopu, bądź też przez stworzenie np. w ubezpieczalniach turnusowych wyjazdów celem dokształcenia. Ponieważ tak jednej, jak i drugiej stronie zależeć będzie na wyjazdach, da się z łatwością znaleźć sposób zastępstw, które by się stały przez to potrzebne.

Truskawiec-Drohobycz, dnia 6 listopada 1938.

Dr S. Mischel starszy.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Z okazji XX-lecia Niepodległości Państwa Polskiego zostali odznaczeni:

Krzyżem Komandorskim Polonia Restituta: prof. dr Wacław Moraczewski, prof. dr Włodzimierz Koskowski i prof. dr Tadeusz Ostrowski.

Doc. dr Stanisław Ostrowski został odznaczony Krzyżem Oficerskim Polonia Restituta.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Delegatów do Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie odbędzie się dnia 7. grudnia 1938 r. o godzinie 18. w Krakowie, w sali Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, ul. Radziwiłłowska 4. Na porządku dziennym: 1) Sprawa zaciągnięcia kredytów lub konwersji istniejących pożyczek. 2) Wnioski i interpelacje. Ze względu na ważność spraw, wymagana jest obecność lub zastępstwo wszystkich Delegatów.

Posiedzenie naukowe Polskiego Zrzeszenia Lekarzy Woj. Białostockiego odbyło się dnia 25. X. br. Porządek dzienny: Kol. L. Czyżak: Powikłania neurologiczne w zatruciu włośnicą z demonstracją przypadku. Kol. J. Walewski: Exanthema fixum erythematopigmentosum post arsenobensolicum. Kol. S. Fundowicz: Pokaz chorego (ciała obce w przewodzie pokarmowym). Kol. S. Hrynkiewicz: Podstawy biologiczne leczenia wodą i metodami fizykalnymi.

Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika, Oddział Lwowski, Polskie Towarzystwo Chemiczne, Oddział Lwowski, Polskie Towarzystwo Fizyczne, Oddział Lwowski, Polskie Towarzystwo Higieniczne we Lwowie, Zrzeszenie Lekarzy Weterynaryjnych R. P., Oddział Lwowski i Lwowskie Towarzystwo Lekarskie urządziły dnia 18. XI. br. wspólne uroczyste posiedzenie ku czci Jędrzeja Śniadeckiego. Porządek dzienny: 1. Prof. dr Stanisław Progulski: Zagajenie. 2. Prof. dr Eugeniusz Rybka: Słowo wstępne. 3. Prof. dr Benedykt Fuliński: Jędrzej Śniadecki jako biolog. 4. Prof. dr Wacław Moraczewski: Jędrzej Śniadecki jako chemik i fizjolog. 5. Prof. dr Witołd Ziembicki: Śladem myśli lekarskiej Śniadeckiego.

II Zjazd Trachomatologów Polskich odbędzie się w lutym 1939 r. Tematami obrad będą: 1) metoda leczenia jaglicy 2) organizacja zwalczania jaglicy.

Redakcja otrzymała

A. Celestino da Costa: Eléments d'embryologie. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 120 fr.

Miesięcznik Bibliografia Lekarska. Nr 10, 1938. Wyd. Nauk. „Wiedza".

Praca i Opieka Społeczna. Z. 2. 1938.

L. Hirszfeld: Les groupes sanguins. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 30 fr.

F. Burnand: Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 24 fr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—
za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.